



**INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL**
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA**

Universidade Nova de Lisboa

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Analisando respostas em saúde num Estado Frágil:

O caso da Guiné-Bissau

Cátia Susana Nunes de Sá Guerreiro Albuquerque

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE INTERNACIONAL,
ESPECIALIDADE EM POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

MAIO 2019



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Analizando respostas em saúde num Estado Frágil:

O caso da Guiné-Bissau

Autor: Cátia Susana Nunes de Sá Guerreiro Albuquerque

Orientador: Professor Doutor Paulo Ferrinho

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, Especialidade em Políticas de Saúde e Desenvolvimento

A isto temos de chegar: a que a solidariedade mundial, cada vez mais eficiente, permita a todos os povos tornarem-se artífices do seu destino. Demasiadas vezes o passado esteve marcado por relações de força entre as nações: virá um dia em que as relações internacionais hão-de possuir o cunho de respeito mútuo e de amizade, de interdependência na colaboração e de promoção comum sob a responsabilidade de cada indivíduo. Os povos mais frágeis reclamam a sua parte ativa na construção de um mundo melhor, mais respeitador dos direitos e da vocação de cada um.

É reclamação legítima: a todos compete ouvi-la e satisfazê-la.

Papa Paulo VI,
Carta Encíclica *Populorum Progressio*,
sobre o Desenvolvimento dos Povos, ponto 65,
26 de março de 1967

ELEMENTOS BIOGRÁFICOS RESULTANTES DA DISSERTAÇÃO

Artigos publicados

1. *Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos*

Guerreiro CS, Silva AP, Cá T, et al. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné Bissau: evolução, influências e processos. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2017; 16: 55–68.

2. *Can the deterioration of health workforces in post-conflict states be halted? Insights from Guinea Bissau on the nature and evolution of its persistent crisis*

Russo G, Pavignani E, Guerreiro CS, et al. Can we halt health workforce deterioration in failed states? Insights from Guinea-Bissau on the nature, persistence and evolution of its HRH crisis. *Hum Resour Health* 2017; 15: 12.

3. *Avaliação em Saúde na República da Guiné-Bissau – uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário*

Guerreiro CS, Ferrinho P, Hartz Z. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. *Saúde Em Debate* 2018; 42: 549–565.

4. *Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau – Evolução das estruturas e processos num Estado Frágil*

Guerreiro CS, Hartz Z, Neves C, Ferrinho P. Training of Human Resources for Health in the Republic of Guinea-Bissau: Evolution of Structures and Processes in a Fragile State. *Acta Médica Port.* 2018 Dec 28;31(12):742–53.

Artigos aceites para publicação

5. *25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau - Memórias de seu Planeamento Estratégico em Saúde*

Guerreiro CS, Hartz Z, Ferrinho P, Havik P

Artigo aceite para publicação na revista Cadernos de Estudos Africanos

AGRADECIMENTOS

À minha família, quem me remete ao essencial.

Ao Pedro, por incondicionalmente me ter acompanhado neste percurso. Juntos, um pilar.

Ao António Pedro e ao José Francisco, a razão de ser de tanto, senão de quase tudo.

Aos meus pais de quem aprendo a encarar as dificuldades como desafios, a dizer “vou tentar” em vez de “não consigo”, sempre com ânimo, determinação e um sorriso.

Ao meu irmão, pelo exemplo de coragem e silêncio diante dos grandes mistérios da vida.

À minha cunhada e aos meus sobrinhos, pela alegre e fundamental presença e companhia.

Aos amigos

Aos que eram e continuam a ser, apesar da minha ausência e indisponibilidade neste período de maior trabalho. Joana e Francisco, Inês e Tiago, Filipa e Diogo, Lu, Andreia, Telma, Paulo, Carlota, Margarida, Cláudia, Mário, Manuela, Fátima, José António, Rui.

Aos que não eram mas se tornaram, pois na partilha de interesses e saberes académicos acabámos partilhando a vida. Ana, Carolina, Mélanie, Giuliano e sempre, o André.

Àqueles que na Guiné-Bissau tornaram este trabalho possível.

Mais que fontes de dados ou co-autores de artigos, rostos de um povo que trago no coração.

À minha Comissão Tutorial

Por ter tornado este percurso académico num caminho acompanhado, longe das descrições de processo solitário de que tantas vezes é apelidado.

Ao Professor Philip J. Havik pela partilha de saberes sobre a Guiné-Bissau e as ciências sociais, pela serenidade sobretudo nos momentos de importante tomada de decisão.

À professora Zulmira Hartz a quem devo o gosto pela Avaliação, pela amizade tão marcante, pela presença sempre oportuna e dedicada e pelo exemplo de mulher que é. Inspiradora.

Ao Professor Paulo Ferrinho, o meu orientador, um mestre. Mestria não apenas pelo que sabe e ensina mas sobretudo por, num profundo respeito pela minha autonomia, não me deixar acomodar, por me inquietar a ir sempre mais além cuidando os pequenos detalhes.

Ao Autor da Vida

que me permitiu saborear as etapas deste percurso com um sentido maior.

RESUMO

A República da Guiné Bissau é um Estado que tem ao longo dos tempos tentado responder à sua situação de fragilidade, pela interação de um conjunto de atores, num contexto marcado pela instabilidade institucional e política.

Com o objetivo geral de contribuir para o conhecimento das respostas a situações de fragilidade do sistema de saúde neste país de 1974 a esta parte, tendo por objeto de estudo as respostas a situações de fragilidade dadas pelos diversos atores no domínio da saúde, procurando compreendê-las, situando-as no contexto do país e na relação entre os diversos atores envolvidos, enveredámos pelo presente trabalho, com base num modelo teórico construído para o efeito.

Entre 2016 e 2018 conduzimos um estudo de caso único - a resposta a situações de fragilidade na República da Guiné Bissau enquanto Estado Frágil, com um sistema de saúde que o reflete; com duas unidades de análise embutidas - o Planeamento Estratégico em Saúde e a resposta às necessidades de formação de Recursos Humanos da Saúde.

Definimos três objetivos específicos assentes em quatro hipóteses, os quais foram atingidos e confirmadas através de uma abordagem qualitativa de perspectiva avaliativa.

O estudo de caso desenrolou-se em Portugal e na Guiné-Bissau, com recolha de dados simultânea para as duas unidades de análise, tendo sido realizados cinco estudos distintos. Para além de revisão de literatura e análise documental, realizámos entrevistas semiestruturadas e um grupo focal. Procedemos à meta-avaliação da implementação das duas primeiras edições do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Os dados obtidos foram submetidos a análise de conteúdo.

Pudemos fazer memória dos processos de planeamento estratégico em saúde, bem como da evolução de estruturas e processos de formação de Recursos Humanos da Saúde. O referido Plano evoluiu no sentido de enfatizar o produto técnico, procurando garantir apoio financeiro de parceiros internacionais, não tendo sido implementado como definido.

Descrevemos o enquadramento da situação e fragilidade vivida pela força de trabalho da saúde, emergindo as respostas às necessidades de formação em três modelos de negócio - comercialização do setor público; setor privado lucrativo em expansão, funcionando em roda livre; perenização de modelos de cooperação, perpetuando a dependência de iniciativas e recursos externos.

Da análise das respostas dos atores à fragilidade em saúde emergem a influência do contexto e a dinâmica de relação entre uns e outro. A resiliência apresenta-se como resposta transversal aos diversos atores e o capital social como forma de a potenciar, a nível individual e comunitário.

Emerge ainda a importância de reconhecer as dinâmicas do mercado e do papel das instituições na resposta à fragilidade, para lá do domínio político, referido como o grande condicionador da eficácia das respostas.

A diversidade metodológica do estudo permitiu abordar a temática contemplando os diversos atores no seu contexto, analisando os dados à luz dos atuais desafios lançados a Estados-frágeis, ao continente africano e ao mundo, com o olhar nos objetivos de um desenvolvimento que se pretende sustentável e por isso enraizado na realidade dos povos e na interação de atores mais que em normativos estanques.

Palavras-chave

Estado-frágil; República da Guiné-Bissau; Planeamento em Saúde; Recursos Humanos da Saúde; Formação de Recursos Humanos da Saúde.

ABSTRACT

The Republic of Guinea Bissau has, over the years, attempted to respond to its fragility by the interaction of a group of actors in a context marked by institutional and political instability.

With the aim of contributing to the knowledge of the responses to fragility's situations in the health system at this country from 1974 to this part, having as study object the responses to situations of fragility given by the various actors in the health field, situating them in the country context and in the relationship between the various actors involved, we turned to the present work, based on a theoretical model built for this purpose.

Between 2016 and 2018 we conducted a unique case study - the response to fragile situations in the Republic of Guinea Bissau as a Fragile State, with a health system that reflects it; with two embedded units of analysis - the Strategic Planning in Health and the answer to the training needs of Human Resources for Health.

We defined three specific objectives based on four hypotheses, which were reached and confirmed through a qualitative approach of evaluative perspective.

The case study took place in Portugal and Guinea-Bissau, with simultaneous data collection for the two units of analysis, and five different studies were carried out. In addition to literature review and documentary analysis, we conducted semi-structured interviews and a focus group. We proceeded to implementation's meta-evaluation of the first two editions of the National Health Development Plan. Data were submitted to content analysis and the results were presented in five scientific papers.

We were able to recall the processes of strategic health planning as well as the evolution of Human Resources for Health training structures and processes. The Plan evolved to emphasize the technical product, seeking to guarantee financial support from international partners, and was not implemented as defined.

We describe the framework of the situation and fragility experienced by the health workforce, emerging the responses to the training needs in three business models - commercialization of the public sector; lucrative private sector in expansion, running in free wheel; the perpetuation of dependence on external initiatives and resources.

From the analysis of actors' responses to health fragility emerge the influence of the context and the dynamics of the relationship between them. Resilience presents itself as a transversal response to the various actors and social capital as a way of empowering it, at the individual and community levels.

The importance of recognizing the dynamics of the market and the role of institutions in responding to fragility beyond the political realm, referred to as the great conditioner of the effectiveness of the answers, also emerges.

The methodological diversity of the study allowed us to approach the theme by looking at the various actors in their context, analysing the data in light of the current challenges faced by fragile states, the African continent and the world, with a view to the objectives of

sustainable development and therefore rooted in the reality of peoples and in the interaction of actors rather than in normative sequesters.

Key words

Fragile State; Republic of Guinea-Bissau; Health Planning; Human Resources for Health; Human Resources for Health Training.

ÍNDICE

ELEMENTOS BIOGRÁFICOS RESULTANTES DA DISSERTAÇÃO	III
AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ÍNDICE	IX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XII
ÍNDICE DE TABELAS	XIII
ÍNDICE DE QUADROS, CAIXAS E ILUSTRAÇÕES.....	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS OU ACRÓNIMOS.....	XIV
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. ESTADO DA ARTE	1
1.1.1. Estados Frágeis.....	1
1.1.1.1. Respondendo à fragilidade dos Estados	5
1.1.2. Sistemas de Saúde em Estados Frágeis	12
1.1.2.1. Aprofundando áreas no âmbito da saúde que refletem a fragilidade dos Estados	17
1.1.3. República da Guiné-Bissau, um Estado Frágil.....	20
1.1.3.1. A fragilidade do sistema de saúde.....	25
1.1.3.2. Aprofundando áreas no âmbito da saúde que refletem a fragilidade do Estado.....	25
1.2. MODELO TEÓRICO DO ESTUDO	27
1.3. OBJETO, HIPÓTESES E OBJETIVOS DO ESTUDO	29
2. MATERIAL E MÉTODOS	31
2.1. Estratégia de Investigação.....	31
2.1.1. Estudo de caso de caráter avaliativo	31
2.1.1.1. Unidade de análise 1 – Planeamento Estratégico em Saúde – estratégia metodológica.....	32

2.1.1.2. Unidade de análise 2 – Resposta às necessidades de formação de RHS - estratégia metodológica	35
2.1.2. Estudos realizados	37
2.2. Populações, materiais, amostragem e técnicas de recolha de dados.....	37
 3. RESULTADOS	 44
3.1. ESTUDO I - Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos	45
3.1.1. Contextualização do Estudo	45
3.1.2. Material e métodos	45
3.1.3. Estado da Arte – alguns dados contextuais	45
3.1.4. Resultados	50
3.1.5. Discussão e conclusões	68
3.2. ESTUDO II - 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau - Memórias do seu Planeamento Estratégico em Saúde.....	71
3.2.1. Contextualização do Estudo	71
3.2.2. Material e Métodos	74
3.2.3. Resultados e Discussão	75
3.2.4. Considerações Finais.....	89
3.3. ESTUDO III - Avaliação em Saúde na República da Guiné-Bissau – uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário	91
3.3.1. Contextualização do Estudo	91
3.3.2. Material e Métodos	91
3.3.3. Resultados e Discussão	93
3.3.4. Conclusões	106
3.4. ESTUDO IV - Can the deterioration of health workforces in post-conflict states be halted? Insights from Guinea Bissau on the nature and evolution of its persistent crisis...108	
3.4.1. Introduction	108
3.4.2. Background	109
3.4.3. The methodology used	113
3.4.4. Results	115
3.4.5. Discussion	126
3.4.6. Conclusions.....	130
3.5. ESTUDO V - Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau – Evolução das estruturas e processos num Estado Frágil.....	131

3.5.1.	Contextualização do estudo.....	131
3.5.2.	Material e Métodos	131
3.5.3.	Resultados	136
3.5.4.	Discussão.....	148
3.5.5.	Conclusões	150
4.	DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES.....	152
4.1.	DISCUSSÃO GERAL.....	152
4.1.1.	O planeamento estratégico em saúde na República da Guiné-Bissau.....	152
4.1.1.1.	Análise do processo de planeamento estratégico em saúde	153
4.1.1.2.	Avaliação da implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.....	158
4.1.2.	Recursos humanos em saúde, com particular destaque na sua formação.....	161
4.1.2.1.	Fragilidade do Sistema de Saúde da República da Guiné-Bissau essencialmente sentida ao nível dos Recursos Humanos da Saúde.....	161
4.1.2.2.	Formação de Recursos Humanos da Saúde.....	163
4.1.2.3.	Sobre as instituições de formação de Recursos Humanos da Saúde	166
4.1.3.	Respostas adaptativas à fragilidade em saúde	168
4.1.3.1.	Resiliência e Capital Social.....	168
4.1.4.	Revisitando o modelo teórico do estudo	173
4.2.	CONCLUSÕES	176
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
	Introdução	179
	Material e métodos.....	185
	Resultados	187
	Discussão geral e conclusões	198
ANEXOS	203

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Síntese dos conteúdos abordados no ponto Estado da Arte.	1
Figura 2 - Modelo teórico do estudo.....	28
Figura 3- Ciclo de Planeamento Estratégico em Saúde, adaptado.	33
Figura 4 - Estratégia metodológica da meta-avaliação realizada.	35
Figura 5 - Estratégia de Investigação do estudo “Analisando respostas em saúde num Estado Frágil - o caso da Guiné-Bissau”	36
Figura 6 - Estratégia metodológica do estudo “Analisando respostas em saúde num Estado Frágil - o caso da Guiné-Bissau”	43
Figura 7- Quadro Lógico dos documentos orientadores da gestão estratégica do setor da saúde	51
Figura 8- Planeamento estratégico em saúde na República da Guiné- Bissau de 1974 a 2018	76
Figura 9 - Aplicação dos Princípios de Meta-Avaliação (%)	93
Figura 10 - Avaliação por Padrão de Meta-Avaliação	94
Figura 11 - Conceptual framework to understand the alteration of the Guinea Bissau health workforce through potential shaping factors and ensuing distortions	113
Figura 12 - Timelines of historical events and their repercussions on Guinea Bissau's health workforce	116
<i>Figura 13. Síntese Metodológica</i>	132
Figura 14 -Passos históricos da formação de Recursos Humanos da Saúde na República da Guiné-Bissau.....	139

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Definição dos padrões de meta-avaliação utilizados.	41
Tabela 2 - Principais fraquezas do SS da perspectiva dos insumos e processo	46
Tabela 3 - Princípio de Utilidade, avaliação por padrões	95
Tabela 4 -- Princípio de Factibilidade ou Viabilidade, avaliação por padrões.....	96
Tabela 5 - Princípio de Propriedade, avaliação por padrões	97
Tabela 6 - Princípio de Precisão ou Acurácia, avaliação por padrões	98
Tabela 7- Public health system selected in-patient and outpatient activity indicators (2015, twelve months).....	112
Tabela 8 - Evolution of the health workforce between 1996 and 2016, by categories	123
Tabela 9 - The officially recorded Health Workforce in Guinea Bissau, by category and regional deployment (2016)	124
Tabela 10 - Caracterização processual das entrevistas.....	132
Tabela 11 - Caracterização processual do grupo focal.....	134
Tabela 12 - Caracterização processual das entrevistas da análise documental	135
Tabela 13 - Oferta formativa de Recursos Humanos da Saúde na República da Guiné Bissau existente no ano de 2017, descrita no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III, atualizada em Junho de 2018	143
Tabela 14 - Detalhe da oferta formativa de Recursos Humanos da Saúde na República da Guiné Bissau de 1974 a 2018.....	144

ÍNDICE DE QUADROS, CAIXAS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Temas de saúde na estratégia do Governo até 2025	56
Caixa 1 – Mapa Sanitário	48
Caixa 2 – SNS: organização, infraestruturas e equipamentos.....	49
Caixa 3 – Pacote Mínimo de Atividades (PMA)	50
Caixa 4 – Estratégias de Desenvolvimento Nacional	54
Caixa 5 – Recomendações da 1ª Conferência Nacional da Saúde	56
Caixa 6 – Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS)	64
Ilustração 1 - Exterior de um Hospital Regional.....	72
Ilustração 2 - Capa do documento Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS OU ACRÓNIMOS

APD - Ajuda Pública ao Desenvolvimento

AS – Áreas de Saúde

ASC – Agente de Saúde Comunitária

ATI - Assistência técnica Internacional

BAD - Banco Africano de Desenvolvimento

BDAO - Banco de Desenvolvimento da África Ocidental

BM - Banco Mundial

CAD/OCDE - Comité de Ajuda ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

CECOME – Central de Compras de Medicamentos Essenciais

CEDEAO - Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental

CPLP – Comunidade de Povos de Língua Portuguesa

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DENARP - Documento de Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza

DRH – Direção de Recursos Humanos

DRS - Direção Regional de Saúde

EF - Estado Frágil

ENS - Escola Nacional de Saúde

ES – Estruturas de Saúde

ERS - Equipas Regionais de Saúde

ETQS - Escola Técnica de Quadros da Saúde

FM - Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez

FMI - Fundo Monetário Internacional

FNUAP – Fundo de População das Nações Unidas

FSI - Fragile States Index

HNSM – Hospital Nacional de Simão Mendes

INASA – Instituto Nacional de Saúde Pública

JCSEE - Joint Committee on Standards for Educational Evaluation

MDTF - Multi-Donor Trust Fund (Fundos Fiduciários Multi-doadores)

MEES – Ministério da Educação e do Ensino Superior

MEPIR - Ministérios da Economia, do Plano e Integração Regional

MINFIN – Ministério das Finanças

MINFUP – Ministério da Função Pública

MINSAP - Ministério da Saúde Pública

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Objetivo Específico

OG – Objetivo Geral

OGE - Orçamento Geral do Estado

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OOAS – Organização Oeste Africana da Saúde

OSC – Organização da Sociedade Civil

PAE - Programas de Ajustamento Estrutural

PAM – Programa de Alimentação Mundial

PE – Plano Estratégico

PES – Planeamento estratégico em Saúde

PIMI - Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil

PMA – Pacote Mínimo de Atividades

PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNDRHS - Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PNS – Política Nacional de Saúde

PRGS – Programa de Reforço de Gestão Sanitária

RGB - República da Guiné-Bissau

RHS – Recursos Humanos da Saúde

RS – Região de Saúde

SAB – Setor Autónomo de Bissau

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SS - Sistema de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UA – Unidade de Análise

UAC – Universidade Amílcar Cabral

UE – União Europeia

UEMOA - União Económica Monetária da África Ocidental

USB – Unidade de Saúde de Base

USD – United States Dollar

USAID - United States Agency for International Development

1. INTRODUÇÃO

1.1. ESTADO DA ARTE

Culminando com a descrição da República da Guiné Bissau (RGB) enquanto Estado Frágil (EF), dando particular destaque ao seu Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a áreas concretas de fragilidade em saúde, começa-se por descrever as generalidades sobre EF e suas características, bem como algumas respostas à fragilidade. Especificam-se ainda as características dos

Sistemas de Saúde (SS) dos EF, aprofundando duas áreas no âmbito da saúde que refletem a fragilidade. Os conteúdos abordados enquanto Estado da Arte encontram-se sistematizados na figura 1.



Figura 1- Síntese dos conteúdos abordados no ponto Estado da Arte.

1.1.1. Estados Frágeis

Não existe uma definição internacionalmente acordada de EF ¹, sendo que na literatura se encontra a designação de EF e Estado falhado como sinónimos até ao início do séc. XXI. A noção de “falhanço do Estado” esteve presente ao longo dos tempos na economia política das relações internacionais, embora não com essa designação. Só a partir dos anos 1990 se verificaram tentativas de conceptualização da noção de EF ou falhado, impulsionadas pelos falhanços das intervenções norte-americanas na Somália, pela passividade face ao genocídio no Ruanda e, mais tarde, pelos ataques terroristas de Setembro de 2001 ¹.

Segundo o mesmo autor, no início da década de 1990, o fenómeno era ainda considerado marginal e confinado a zonas específicas do globo. Porém a necessidade de compreender melhor os fatores da violência política e das guerras civis que afetaram diversos países e naquele período de tempo, entre outros fatores, contribuíram para colocar a fragilidade do Estado no centro do debate político e académico, enquanto fenómeno global.

Uma das primeiras definições de “Estado falhado”, de Helman e Ratner (1993) citados por Ferreira (2014)¹, demonstra a preocupação com “um novo fenómeno perturbador” em que o Estado se revelava incapaz de se preservar a si próprio como membro da comunidade internacional.

Guerr et al (1998), igualmente citados por Ferreira (2014) definem estes Estados detentores de “ instituições centrais tão fragilizadas que não conseguem manter a autoridade nem a ordem para além da capital e, por vezes, nem mesmo dentro desta”.

Dorff (2000) considera o EF como o resultado de um processo que envolve o enfraquecimento da capacidade de um Estado em providenciar uma governação legítima². O termo “Estado em falência” é utilizado por este autor para ilustrar o processo em que há um enfraquecimento progressivo da capacidade de governação do Estado, existindo vários níveis e etapas ao longo dessa evolução³.

Em 2007, a União Europeia (UE) refere-se a “Estados Frágeis ou com estruturas fracassantes” (*weak or failing structures*) como um fenómeno em que o contrato social é quebrado, sublinhando que essa disrupção é devida à “incapacidade ou à falta de vontade do Estado para assumir as suas funções de base, cumprir as suas obrigações e responsabilidades no que diz respeito ao Estado de direito, à proteção dos direitos humanos e liberdades fundamentais, à segurança da população, à redução da pobreza, à prestação de serviços, à transparência e equidade da gestão dos recursos e ao acesso ao poder” ^{1,4}. De sublinhar que a UE não refere a designação de “Estado falhado” mas sim de “Estado Frágil”, sendo que o falhanço do Estado é identificado com um falhanço de governação.

A designação de “Estado frágil” tem sido utilizada, quer em termos teóricos, quer operacionais (por parte das agências e atores governamentais que abordam as questões do desenvolvimento), numa multiplicidade de situações e contextos, muitos diversos e

difícilmente comparáveis¹. A autora supra referida destaca outros termos encontrados na literatura e que correspondem à complexidade de situações que são identificadas como Estados frágeis: Estados fraturados (Crawford Young, 1994); “não-Estados” ou “quase-Estados” (Jackson, 1998); Estados-fantasma ou Estados-sombra” (Reno, 2001 e Clapham, 2002), Estados quebrados (Zoellick 2008), entre outros¹.

Um dos problemas do conceito é referir-se a uma realidade bastante heterogénea, onde nem sempre é fácil encontrar um denominador comum ¹.

Embora existam muitas definições de EF, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2008), os dois critérios apontados para a caracterização destes Estados, apelidados de Frágeis pela referida agência, são a *legitimidade* - vontade do governo e capacidade de fornecer serviços básicos e da segurança; e a *eficácia* na prestação de serviços básicos e segurança. A *legitimidade* é então a determinação e capacidade do governo de trabalhar para o interesse das populações e demonstrar a justiça para todos os grupos. *Eficácia* significa a capacidade do governo de manter a segurança e a ordem e de fornecer bens e serviços públicos aos cidadãos ^{5,6}.

Paul Collier identifica 4 “armadilhas” que fazem países e populações permanecerem em situação de pobreza, potenciando a sua fragilidade, e que não se excluem entre si: a armadilha do conflito (dado os reflexos que uma situação de conflito tem em termos de desenvolvimento), a armadilha dos recursos naturais (com base na tendência da riqueza em recursos naturais prejudicar o desenvolvimento de outras atividades económicas, nomeadamente produtivas), a armadilha geográfica de ser um Estado rodeado de países pobres (já que os vizinhos ricos podem ter um efeito positivo de arrastamento, enquanto os vizinhos pobres têm um efeito de propagação e de manutenção da situação), e a armadilha da má governação num país pequeno ⁷.

Por seu lado, a OCDE (2008) salienta a importância de ter em conta as diferenças entre: (i) crises pós-conflitos ou situações de transição política; (ii) contextos de governação deteriorada; (iii) situações de melhoria gradual e (iv) crises prolongadas ou impasses ⁶.

Surgindo o termo *crise* associado á definição de fragilidade, sublinha-se que a literatura consultada refere a ausência de uma definição de crise adaptada às circunstâncias globais

do séc. XXI, sugerindo tratar-se de uma expressão de sentido genérico aplicável a situações não desejadas, e/ou não esperadas, causadoras de instabilidade e incerteza generalizadas. É uma noção que parece aplicar-se a todo o tipo de acontecimentos disruptivos: ameaças económicas, tecnologias da informação, conflitos internos, desastres naturais, entre outros⁸. No presente trabalho adota-se esta definição.

Verifica-se a não existência de um processo único de causa-efeito que determine a fragilidade do Estado, sendo cada caso o resultado de um conjunto complexo de acontecimentos, fatores e interações ¹. Fatores tão diversos como a existência de um conflito violento no passado, má governação e instabilidade política, desempenho económico fraco e desigualdades na distribuição de riqueza, stress demográfico, stress ambiental, baixos níveis de desenvolvimento humano, fraqueza institucional, entre outros são identificados, sendo que os mais diversos autores não conseguem distinguir estes fatores como causa ou como consequência da situação de fragilidade, o que revela as dificuldades na identificação e análise das várias dimensões ¹.

Associado o conceito de EF a impactos de pobreza, conflitos e crises humanitárias, violação de direitos humanos, ameaças à segurança, crime organizado, redução global da prosperidade e enfraquecimento das relações internacionais ⁹, coloca-se a questão da possibilidade de medir e classificar a fragilidade de um Estado¹. Durante a segunda metade da primeira década do séc. XXI verificou-se uma proliferação de quadros analíticos, instrumentos e índices de medição de várias dimensões e indicadores da fragilidade do Estado, dando origem a classificações de EF em índices, onde figuram organizados hierarquicamente de acordo com o seu desempenho em critérios previamente definidos ^{1,10,11}.

Mais recentemente, no decorrer da primeira década do séc. XXI, e dada a conotação negativa ou estigmatizante atribuída à classificação de EF, os debates internacionais em fóruns como a OCDE têm optado por abordar a questão no sentido de construir um “Estado capaz” ou um “Estado resiliente” ¹².

No presente trabalho optou-se por partir da definição de EF da OCDE ⁶, segundo a qual um Estado é frágil quando as estruturas estatais apresentam um défice de vontade política e/ou capacidade de assegurar aos seus cidadãos as funções básicas necessárias à redução a

pobreza, ao desenvolvimento e à salvaguarda da segurança e dos direitos humanos das suas populações, assumindo os critérios de *legitimidade* e *eficácia* para a sua caracterização, como anteriormente referido.

1.1.1.1. Respondendo à fragilidade dos Estados

O apoio ao desenvolvimento, as relações internacionais e a cooperação

Há mais de meio século, desde meados do séc. XX, que o conceito de Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) se tornou central na medição e avaliação do contributo que os países mais desenvolvidos dão para apoiar os esforços dos países em situação de fragilidade¹³. Importa salientar que o mundo mudou profundamente desde que há mais de 70 anos, na sequência do final da segunda grande guerra, os Estados Unidos assumiram o primeiro grande projeto de APD, contribuindo para a reconstrução da Europa devastada pela Guerra¹⁴.

Na década de 80 do século XX surgem os Programas de Ajustamento Estrutural (PAE) como uma solução de recurso para muitos países que no início da referida década se encontravam numa situação de forte endividamento externo¹⁵. Estes Programas reuniam um conjunto de medidas assentes sobre três pilares: equilíbrio da balança de pagamentos, crescimento económico e ajustamento estrutural¹⁵ e enfatizavam, entre outras características, uma maior orientação para as exportações e uma mais ponderada substituição das importações, bem como uma redução da intervenção do sector público na economia¹⁶.

Em 1989 com o Consenso de Washington - um conjunto de recomendações de política económica formuladas por economistas de instituições financeiras de Washington, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, com o objetivo de orientar os países em desenvolvimento em situação de crise económica, fundamentadas num texto do economista John Williamson, do International Institute for Economy¹⁷ - os PAE são sintetizados em torno de uma lista

de dez recomendações^a dirigidas aos países dispostos a “reformular” as suas economias. Aos países em desenvolvimento, afetados com a dívida externa, era proposto um conjunto de reformas de política económica recomendadas pelo FMI e pelo BM como condição para o acesso a empréstimos e destinado a fomentar mudanças estruturais.

Tendo sido alvo de controvérsia desde o início, segundo os autores consultados, estes programas envolveram, sobretudo, políticas de estabilização, de curto-prazo que, apesar de necessárias, não foram suficientes para atingir o objetivo do desenvolvimento¹⁵. Os críticos dos PAE argumentam que este tipo de programas deteriorou as condições de vida das populações, nomeadamente no que concerne aos sectores da educação e saúde com impacto significativo no que respeita ao processo de desenvolvimento, tendo incrementado maiores níveis de desigualdade e pobreza¹⁶.

A primeira década do presente século assistiu a uma proliferação de estratégias específicas por parte dos doadores bilaterais e multilaterais, onde se afirma consensualmente que é exatamente a fragilidade que faz com que os Estados mais precisam do apoio externo, no sentido de ajudar ao seu reforço¹.

Desde a adoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), em 2000, os países doadores procuraram melhorar a ajuda prestada, reestruturando políticas de cooperação, para que as metas estabelecidas para 2015 fossem alcançadas. O debate sobre os resultados da ajuda ao desenvolvimento, a sua eficácia e sustentabilidade, reforçou-se, dando origem a uma agenda internacional de eficácia da ajuda¹³. Marcados por um consenso internacional

^a 1. Disciplina fiscal: contração das despesas públicas no sentido do equilíbrio orçamental; 2. Reestruturação das despesas públicas: redução de subsídios a fim de reorientar as despesas públicas para investimentos em áreas como a educação, a saúde e infraestruturas; 3. Reforma fiscal: ampliação da base fiscal, mediante a generalização do Imposto sobre o Valor Acrescentado e redução das taxas de imposto marginais; 4. Liberalização das taxas de juro: liberalização assente em dois princípios – taxas de juro determinadas pelo mercado e taxas de juro reais positivas e moderadas; 5. Taxas de câmbio competitivas; 6. Liberalização comercial: liberalização das importações, mediante a redução das tarifas aduaneiras e a eliminação das quotas de importação e de outras barreiras ao comércio internacional; 7. Liberalização dos fluxos de investimento direto estrangeiro; 8. Privatização: transferência dos negócios públicos para o sector privado; 9. Desregulamentação: abolição das regras que travam a iniciativa privada e a livre concorrência; 10. Proteção dos direitos de propriedade: reforço dos direitos de propriedade, em prol do sector privado em geral e do sector informal em particular^{15,16}.

sobre a importância desta matéria, tiveram lugar uma série de eventos de alto nível que sugerem novas abordagens de apoio ao desenvolvimento, dos quais se salientam os encontros de Monterrey (2002), Roma (2003), Paris (2005), Accra (2008) e Busan (2011).

Num processo liderado pelo CAD/OCDE (Comité de Ajuda ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), a eficácia da ajuda foi na reunião de Paris colocada no centro do debate internacional ¹⁸, tendo em Busan o foco sido ampliado para os desafios de um desenvolvimento eficaz ¹⁹.

A segunda década do séc. XXI tem sido marcada por outros debates internacionais, como foi o debate alargado sobre o Financiamento do Desenvolvimento ¹³, o qual ocorreu em julho de 2015 na III Conferência das Nações Unidas sobre o Financiamento do Desenvolvimento, resultando na Agenda de Ação de Addis Abeba²⁰.

Na sequência desta, o ano de 2015 ficará na História como o ano da definição, em substituição dos ODM, dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)²¹, adotados pelos líderes mundiais reunidos na Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), a 25 de setembro ²², integrada na Cimeira das Nações Unidas para o Desenvolvimento que decorreu em Nova Iorque, de 25 a 27 de setembro de 2015. Foi então adotada uma ambiciosa agenda com vista à erradicação da pobreza e ao desenvolvimento económico, social e ambiental à escala global até 2030, conhecida como *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*²¹. O documento adotado na Cimeira, para vigorar até 2030, tem a designação de *Transformando o nosso Mundo: a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030* ²³ e a sua implementação pressupõe uma partilha de esforços inédita à escala global, entre todos os países e atores públicos e privados ²¹, como estabelecido na referida Agenda de Ação de Addis Abeba.

Em Portugal, país que teve uma participação importante no processo de definição desta Agenda 2030, com destaque para a defesa mais vinculada dos objetivos de promover sociedades pacíficas e inclusivas, de erradicar todas as formas de discriminação e de violência com base no género e de conservar os mares e oceanos, gerindo os seus recursos de forma sustentável ²¹, assume-se que os EF, os países menos desenvolvidos, particularmente os africanos, e as pequenas nações insulares deverão beneficiar de "atenção especial" no quadro da agenda 2030 de APD ²⁴.

Para além da APD, que é exclusivamente fornecida no quadro das relações intergovernamentais, diretamente ou através da mediação das organizações internacionais, podem considerar-se ainda dois outros tipos: a ajuda privada, prestada por entidades privadas, como empresas ou bancos (geralmente destinada a atividades produtivas agrícolas e industriais e que pode revestir a forma de créditos à exportação, investimentos diretos, reinvestimentos de lucros, entre outras), e a ajuda voluntária, que é fornecida no quadro de iniciativas privadas com origem em atores da sociedade civil e que é geralmente mediada pelas Organizações Não Governamentais (ONG) ²⁵.

Uma das modalidades atuais de financiamento, introduzidas em 2004 no contexto de um movimento global de apoio aos programas da ONU no Iraque, são os Fundos Fiduciários Multi-Doadores (Multi-Donor Trust Fund – MDTF), fundos estabelecidos por via de contribuições voluntárias por parte de um ou mais doadores e regidos por um acordo celebrado entre um doador (público, privado ou uma entidade multilateral) e uma agência administradora (trustee), para financiar (geralmente por via de recursos não reembolsáveis) uma atividade específica ou um conjunto de atividades de âmbito nacional, regional ou global²⁶.

Os MDTF são administrados pelos bancos multilaterais de desenvolvimento e conquistaram um lugar de destaque na arquitetura internacional da ajuda ao desenvolvimento, revelando-se como um dos instrumentos de ajuda mais dinâmicos e flexíveis, assim como uma plataforma para parcerias e grandes iniciativas internacionais. Os fundos de cooperação técnica bilaterais, ligados e muito fortemente determinados pelas agendas dos países doadores, perdem enquadramento na realidade dos nossos dias²⁶.

Na realidade, assistimos à “internacionalização dos problemas”, sendo a nossa época caracterizada por uma interdependência total, em que o mundo tende para a unidade e se caracteriza pela “planetização dos fenómenos políticos” ²⁷. Segundo Moreira (2007), ao mesmo tempo que se marcha para a unidade do mundo, assiste-se a uma multiplicação das relações internacionais, sendo esta simultaneamente quantitativa - multiplicando-se os pontos de contacto, as participações de interesses entre os Estados e os diversos agentes de relações internacionais; e qualitativa - porque se multiplicam as novas formas de cooperação. Salienta-se que o aumento quantitativo das relações afeta também a própria qualidade, uma vez que a multiplicação do mesmo tipo de relações dá origem a problemas

novos entre os Estados ²⁷. O mesmo autor ²⁷ caracteriza este fenómeno como “lei da complexidade crescente da vida internacional”^b.

Ao longo dos últimos anos, os EF têm estado na vanguarda das preocupações das agências bilaterais e multilaterais de desenvolvimento. O resultado foi um aumento de disponibilização de recursos, tentativas de orientar melhor o uso desses recursos e esforços para lidar com as consequências de uma falta de coordenação, numa perspetiva de longo prazo de um compromisso com o processo necessário para 'corrigir' as fragilidades⁵.

Verifica-se porém que as intervenções da comunidade internacional em EF parecem por vezes privilegiar receitas gerais e uma abordagem institucional, focalizada nas estruturas centrais do Estado e nos aspetos técnicos das reformas, em contextos onde as dinâmicas informais e outras formas de autoridade e organização social (para além do Estado central) assumem uma importância significativa. Assim, questiona-se a adequação das estratégias de construção da paz (*peacebuilding*) e construção de Estados (*statebuilding*) àquilo que é o contexto do Estado e da conflitualidade na maior parte, por exemplo, do continente africano¹.

Por outro lado, as correntes conceções e modelos de existência de EF podem servir propósitos dos doadores internacionais que vão para além da reconstrução do Estado. Em primeiro lugar, apesar de permanecer mal definido, o conceito de EF é amplamente

^b Adaptando o pensamento de Teilhard de Chardin²⁸, Adriano Moreira define a *lei da complexidade crescente nas relações internacionais*, que é acompanhada por idêntica complexidade crescente na reconstrução da *polis*. Segundo o Professor Adriano Moreira, há movimentos de *convergência mundialista*, ao mesmo tempo que se aceleram processos de divergência e de dispersão e dessa complexidade surgem novas formas políticas, desde os grandes espaços aos órgãos supranacionais de diálogo, cooperação e decisão. Dito de outra forma: a *planetização dos fenómenos políticos*, ou a *marcha para a unidade do mundo*, como se nota na existência de uma multiplicação das relações mútuas, acompanha-se de uma multiplicação quantitativa e qualitativa dos centros de decisão. Isto é, as relações internacionais são complexas, sendo as coisas complexas precisamente aquelas onde há, simultaneamente, convergência e divergência. A *convergência*, a *planetização dos fenómenos políticos*, nota-se na marcha para a unidade do mundo, onde problemas como a fome, a explosão demográfica e a domesticação da energia atômica são todos eles indivisíveis. A *divergência* nota-se na multiplicação das relações internacionais. Se, por um lado, se assiste a uma multiplicação quantitativa (aumentam os contactos através das velhas formas) e a uma multiplicação qualitativa (surgem novas formas de contactos) das relações internacionais, eis que também se dá uma proliferação dos centros de decisão que se manifesta no aumento do número de Estados, no aparecimento de novas entidades supraestaduais, bem como no surgimento de Organizações Não Governamentais resultantes da internacionalização da vida privada ^{27,29}.

utilizado pelos doadores para simplificar a análise de ambientes políticos complexos, levando a respostas burocráticas muitas vezes inadequadas. Em segundo lugar, os modelos que definem um EF nem sempre são capazes de capturar as dinâmicas contextuais ou temporais, e, invariavelmente, omitem a contribuição de intervenção internacional para enraizar a fragilidade³⁰.

Trabalhos recentes relevam a ocorrência do uso instrumental do rótulo de fragilidade do Estado na legitimação de intervenções políticas ocidentais em países que enfrentam violência e profunda pobreza. Por outro lado, há também descrições de como as elites e os governos nos chamados EF têm incorporado e reinterpretado o conceito para atender às suas próprias agendas políticas³¹.

Algumas respostas adaptativas a situações de fragilidade - contributos do capital social e da resiliência

Em 2008, a OCDE salientou que uma saída sustentável da pobreza e da insegurança nos Estados mais frágeis do mundo terá de ser conduzida sob a sua própria liderança e sob o seu próprio povo, sendo que a intervenção internacional não poderá, por si própria, colocar um fim à fragilidade dos Estados⁶.

Isto remete-nos para dois conceitos amplamente relacionados com a capacidade de os povos reagirem às crises de uma forma adaptativa relevante ao contexto específico – o capital social e a resiliência.

Muito se tem escrito e refletido sobre o conceito de capital social, não existindo uma definição única e clara. Autores como Coleman (1998), Bourdieu (1999), Lin (2001) e Putman (2002) destacam-se na reflexão conceptual, algumas vezes díspar, havendo porém um ponto comum: a ideia da mobilização de redes sociais como um recurso para a realização de ações³².

Arco (2012) considera que a premissa basilar à noção de capital social é o investimento nas relações sociais com retornos de acordo com as expectativas dos atores intervenientes. A noção de capital social engloba três elementos essenciais: os recursos integrados numa

estrutura social (incorporação), a oportunidade dos indivíduos utilizarem esses recursos (acessibilidade) e a aplicação ou mobilização dos recursos sociais pelos indivíduos (utilização)³³.

O capital social implica a sociabilidade de um grupo humano, sendo que redes de relacionamento baseadas na confiança, são desenvolvidas pelos indivíduos, facilitando a resposta a situações de crise e/ou fragilidade – se por um lado promovem a adaptação, por outro podem ser rentabilizadas no sentido da resposta orientada para a resolução da crise³², contribuindo assim para a resiliência.

Resiliência é um conceito aprofundado a partir da 2ª metade do séc. XX, inicialmente definido pela Física, posteriormente adotado pela Economia e depois pelas Ciências Sociais, para as quais descreve as qualidades que ajudam comunidades e indivíduos a recuperar de traumas³⁴. Desde a sua adoção pelas Ciências Sociais, o conceito de resiliência assistiu a uma proliferação de novas definições, sendo que a ideia de capacidade de adaptação e recuperação de tensões por parte de indivíduos, famílias, comunidades, países e sistemas é transversal a todas elas³⁵.

O conceito de resiliência tem-se tornado mais presente na literatura de desenvolvimento ao longo dos últimos anos, particularmente no esteio do impacto da epidemia de Ébola na África Ocidental³⁶. No entanto, as definições de resiliência variam entre as diversas agências de desenvolvimento³⁵.

Numa definição genérica, resiliência é a “capacidade de superar, de recuperar de adversidades”³⁷ ou ainda “a capacidade de defesa e recuperação perante fatores ou condições adversos”³⁸. Outras definições enfatizam a compreensão de resiliência como um processo.

A Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) define resiliência como a capacidade das pessoas, famílias, comunidades, países e sistemas de mitigar, se adaptarem e recuperarem de choques e tensões, reduzindo a vulnerabilidade crónica e facilitando o crescimento inclusivo³⁵. Esta capacidade é ou não potenciada pelos recursos disponíveis, pela eficácia das instituições, pela legitimidade do Estado e os processos políticos que medeiam as relações e expectativas Estado-sociedade.

A OCDE sugere que a estratégia de construção do Estado deveria ser baseada na capacidade de resiliência do contrato Estado-sociedade, sendo assim necessária uma análise específica do contexto das dinâmicas sociais históricas e contemporâneas ¹².

Para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) a resiliência é um processo transformador que se constrói sobre a força inata dos indivíduos, das suas comunidades e das instituições, para prevenir e reduzir os impactos, bem como para aprender com a experiência de choques de qualquer tipo, internas ou externas, naturais ou criadas pelo ser humano, económicas, sanitárias, políticas ou sociais. Esta agência das Nações Unidas, no *Relatório de Desenvolvimento Humano 2014 - Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência*³⁹ apresenta uma perspetiva sobre a vulnerabilidade e propõe formas de reforçar a resiliência.

O referido relatório refere que a resiliência consiste, essencialmente, em assegurar que o Estado, a comunidade e as instituições globais se empenhem em capacitar e proteger os indivíduos. Defendendo que o bem-estar das pessoas é grandemente influenciado pelas liberdades mais vastas de que desfrutam e pela sua capacidade de reagir e recuperar da adversidade, o documento sublinha que a resiliência está subjacente a toda a abordagem em torno da consecução e manutenção do desenvolvimento humano. Para que este aconteça, implica eliminar as barreiras que impedem as pessoas de usar a sua liberdade de agir ³⁹.

Sendo um conceito complexo, importa não esquecer que a resiliência resulta da combinação entre os atributos da pessoa e seu ambiente familiar, social e cultural. Deste modo, a resiliência não pode ser pensada como um atributo que nasce com o ser humano, nem que ele adquire durante o seu desenvolvimento, mas sim como um processo interativo entre a pessoa e o seu meio, considerado como uma variação individual em resposta ao risco, sendo que os mesmos fatores causadores de crise podem ser experienciados de formas diferentes por pessoas diferentes, não sendo a resiliência um atributo fixo do sujeito/indivíduo ⁴⁰.

1.1.2. Sistemas de Saúde em Estados Frágeis

Sendo simultaneamente um direito fundamental da pessoa humana e um valor coletivo, a saúde deve ser assegurada sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição

socioeconómica, tendo os governos responsabilidades na saúde dos seus povos, podendo estas ser assumidas pela adoção de medidas sociais adequadas e pela prestação de cuidados de saúde ⁴¹.

A fragilidade de um Estado tem impacto sobre a saúde das populações. Inevitavelmente, as pessoas que vivem em EF são afetadas por problemas de saúde - desde múltiplos fatores causadores de elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, a grandes endemias como síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) ou malária ⁵ - sem que os seus SS tenham capacidade de lhes fazer frente ou de corrigir os desafios que a fragilidade levanta.

A saúde dos EF, o seu povo e seus SS dependem em grande parte da satisfação das necessidades urgentes de saúde, concretizando respostas de impacto imediato e outras a curto prazo, simultaneamente com a aposta no desenvolvimento a longo prazo e no fortalecimento dos SS ⁵.

Se nos focarmos nos elementos de governo que se aplicam ao sector da saúde, os seis componentes estruturais básicos de um Estado, os quais constituem os componentes congregadores de fragilidades nos SS, são: (i) prestação de serviços essenciais; (ii) gestão de recursos (recursos humanos e financeiros, instalações e medicamentos); (iii) financiamento; (iv) registo de dados e utilização da informação; (v) gestão e prestação de contas; e (vi) segurança⁵. Estas características estão intimamente relacionados com as definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para um sistema de saúde eficaz - os 6 elementos estruturantes: (i) bons serviços de saúde; (ii) bom desempenho dos profissionais de saúde; (iii) Sistema de informação de saúde em bom funcionamento; (iv) O acesso equitativo a produtos médicos e tecnologias; (v) Bom financiamento da saúde; e (vi) Sólida liderança e governação ^{42,43}.

Nos EF os sistemas de saúde são caracterizados por ⁵:

- Incapacidade de fornecer serviços de saúde sobretudo fora das áreas urbanas;
- Sistemas de referência ineficazes ou inexistentes para doentes críticos;
- Falta de recursos (incluindo instalações, recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos) para a prestação de serviços de saúde, verificando-se a destruição das estruturas físicas existentes devido aos conflitos e/ou a negligência;

- Mecanismos e sistemas de capacitação inexistente ou inadequados;
- Insuficiente coordenação, supervisão e monitoria dos serviços de saúde pelo governo, o qual pode não ter capacidade de gestão;
- Falta de equidade para quem procura serviços de saúde;
- Falta de mecanismos políticos para o desenvolvimento, elaboração e execução de políticas nacionais de saúde;
- Sistemas de informação em saúde não operacionais para o planejamento, gestão e vigilância das doenças;
- Inadequada capacidade de gestão - orçamental, contabilística e de recursos humanos por exemplo.

Newbrander et al. (2011) apresentam algumas razões pelas quais o investimento em saúde nos EF pode contribuir para potenciar a redução da fragilidade do Estado ⁵:

- Proteção da vida humana: A redução de morbilidade e mortalidade é um imperativo humanitário, com efeitos positivos que vão desde a redução de gastos com cuidados curativos à melhoria da produtividade do país.
- Servir como um ponto de entrada: Os serviços de saúde podem ser um ponto de entrada para o envolvimento com governos e com a sociedade civil.
- Demonstração de resultados: A saúde serve como um elemento do "dividendo de paz" demonstrando o valor de um governo restabelecido.
- Redução da fragilidade: A garantia de bons serviços de saúde permite aos governos ser mais eficazes, aumentando a sua legitimidade.
- Quebra do ciclo: Adequados cuidados de saúde podem ajudar a quebrar o ciclo vicioso no qual a fragilidade contribui para uma saúde debilitada e uma saúde debilitada causa fragilidade.

A comunidade internacional tem assim razões - humanitárias, políticas, de segurança e de economia - para se envolver na reconstrução e fortalecimento dos SS em EF, uma vez que a melhoria nos serviços e sistemas de saúde ajudaria a fortalecer a sociedade civil e a restaurar a legitimidade aos governos ⁵.

Estão descritas orientações dirigidas aos governos dos EF e aos parceiros que pretendam intervir na (re)construção dos SS, as quais têm demonstrado ser eficazes em alguns países em situações de fragilidade. Salienta-se porém que as partes interessadas devem ter como objetivo não apenas salvar vidas e promover a saúde, mas também reforçar os SS a longo prazo ⁵.

Ao definir as intervenções e assistência que podem ser facultadas ao SS de um EF, existe o desafio da exigência de resolver estes problemas em articulação simultânea com os objetivos nacionais de saúde e as prioridades definida pelos atores intervenientes, dos quais se espera que tenham uma visão do SS que desejam reconstruir ^{5,44}.

OS SS de EF, pelos cenários de necessidades várias que apresentam, podem ser inundados com ajuda de diversos formatos, colocando exigências de gestão dessa ajuda ⁴⁵.

Na maioria dos casos prevalece a indiferença às implicações futuras das abordagens em tempo de crise ⁴⁴. Por outro lado, verifica-se que preocupações despropositadas com a sustentabilidade a longo prazo das intervenções relacionadas com a crise podem induzir intervenções mal adaptadas à resolução dos problemas no tempo presente. Berg (2000), citado por Pavignani e Colombo (2009) refere que “Aprender com a experiência não parece ser um dos pontos fortes da indústria da ajuda” ⁴⁴.

Podemos dizer que neste setor se vive a referida lei da complexidade crescente da vida internacional ²⁷ em que se multiplicam novas formas de cooperação e de iniciativas onde intervêm diversos atores, sendo a intervenção em parcerias uma tendência emergente e global em saúde ⁴⁶.

Não se pode deixar de fazer menção às iniciativas de saúde globais (*global health initiatives*) as quais são espelho da já referida “planetização dos fenómenos políticos” ²⁷. Ao lado de parcerias público-privadas que intervêm ao nível da saúde, há também um elevado número de iniciativas globais de saúde, as quais são pensadas para ser um dos benefícios da globalização, constituindo programas globais orientados para doenças específicas. A título de exemplo, entre 1998 e 2000 foram lançadas 3 iniciativas globais de saúde que marcam esta temática - *Roll Back Malaria*, *Stop TB* e *Aliança Global para Vacinas e Imunização* ⁴⁶. O Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária é

um outro exemplo, entre tantos que poderiam ser citados. Trata-se de um MDTF que tem como objetivo atrair, gerir e aplicar recursos no combate às grandes endemias através de uma nova parceria público-privada, pretendendo contribuir de forma sustentável para mitigar o impacto negativo destas três doenças, na consecução dos então em vigor ODM 4, 5, 6 e 8 ⁴⁶ e do atual ODS 3 ⁴⁷.

Se é verdade que estas iniciativas globais trazem ao setor da saúde um maior investimento e envolvimento de parceiros, também o é o facto de não haver ainda evidência da eficácia da ajuda destas intervenções - têm afetado positivamente alguns resultados em saúde mas é difícil quantificar o efeito sobre o desenvolvimento dos SS ^{46,48}.

A *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* reconhece que a melhoria da saúde depende de intervenções específicas de saúde mas também da justiça social, proteção do ambiente e prosperidade compartilhada, os pilares principais do desenvolvimento sustentável, vistos como integrados e indivisíveis ⁴⁹.

No atual enquadramento dos 17 ODS definidos pela referida agenda, os SS de EF enfrentam desafios que se prendem sobretudo com a consecução do ODS 3: *Garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades*, nas suas 13 metas ⁵⁰. A título de exemplo da operacionalização da resposta a estes desafios, o PNUD, em parceria com o Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas, desenvolveu uma estratégia para o apoio efetivo e coerente à implementação da nova agenda de desenvolvimento sustentável nos países em desenvolvimento sob o acrónimo "MAPS" (*Mainstreaming, Acceleration e Policy Support*). Com recurso a um pacote integrado de serviços de apoio aos decisores políticos e aos SS, o PNUD propõe-se apoiar os parceiros nacionais dos países em desenvolvimento a implementar efetivamente a nova agenda de desenvolvimento e tornar a prosperidade económica de longo prazo, o bem-estar humano e ambiental uma realidade ⁵¹.

Considerando a realidade de fragilidade quotidiana vivida pelos SS e pelas populações, há autores que defendem que perante situações de fragilidade, os SS se adaptam de forma espontânea ⁴⁴, sendo em alguns casos úteis para a sobrevivência a curto prazo do sector da saúde. Nestas respostas adaptativas, salienta-se a aplicação dos já referidos conceitos de capital social (mobilização de redes sociais como um recurso para o reforço dos SS) e de

resiliência (sistematizando os processos e aumentando a capacidade de resposta dos Estados, instituições, comunidades, famílias e indivíduos) à saúde.

1.1.2.1. Aprofundando áreas no âmbito da saúde que refletem a fragilidade dos Estados

Detenhamo-nos brevemente na reflexão sobre duas situações concretas de fragilidade em saúde em que a fragilidade dos Estados e a dos SS se tornam simultaneamente suas causas e consequências: o Planeamento Estratégico em Saúde (PES) e os Recursos Humanos da Saúde (RHS).

Planeamento Estratégico em Saúde em Estados frágeis, generalidades

A adoção de planos ^{52,53} em todos os setores da sociedade tem ganho em importância, pela sua capacidade de influenciar uma tomada de decisão, que se pretende racional, sobre os diversos elementos estruturantes de um sistema social com impacto na qualidade de vida, justiça social, oportunidades económicas, resistência a situações de catástrofe, e muitos outros aspetos da vida em comunidade. A preparação destes potencialmente poderosos instrumentos encoraja o desenvolvimento de visões partilhadas quanto ao futuro desejado, a integração dos valores dos participantes nos objetivos delineados, a determinação democrática de prioridades, inter alia ^{53,54}.

Nos diversos países, a nível nacional, existe um interesse renovado nos processos de PES como instrumento para ultrapassar a insatisfação com a fragmentação dos sistemas, com a aparente retirada progressiva do Estado do setor da saúde, com as crescentes desigualdades no acesso e nos resultados em saúde. A nível global, o reconhecimento das dificuldades nacionais, as desigualdades entre países e a consciência crescente de diversos estrangulamentos estruturais, despertou o interesse “num plano, num mecanismo de financiamento por país e num quadro de referência para monitorização e avaliação” ^{52,53}.

O PES pode ser definido como o conjunto de orientações definidoras das estratégias para, de uma forma coerente e consonante com políticas vigentes, e através de programas ou projetos, obter ganhos em saúde num certo espaço e em determinado período ⁵³. O PES começou a emergir desde a década de 1990, fortemente impulsionado pela *Global Strategy*

for Health for All by the Year 2000 ⁵⁵ e, mais recentemente, pela *Health 21 – Health for All in the 21st Century* ^{53,56}.

Focando-nos especificamente na situação vivida por EF, pode dizer-se que durante crises prolongadas, praticamente todos os fatores conspiram contra a formulação de políticas eficazes ⁴⁴. A autoridade estatal é contestada, a gestão de topo apresenta elevada rotatividade, a instabilidade e a incerteza desencorajam iniciativas de longo prazo, a base de informação é pobre, os atores multiplicam-se, a responsabilização e a transparência são difíceis de aplicar. Sem surpresas, são escassos os exemplos documentados de boas práticas de elaboração de políticas e estratégias em situações de fragilidade dos Estados⁴⁴.

Por outro lado, segundo os mesmos autores citando Lanjouw et al. (1999), o "Estado forte" idealizado, com um Ministério da Saúde firmemente no controle da formulação de políticas, alocação de recursos e regulação do setor, está cada vez mais ausente de muitos países em desenvolvimento. Em vez disso, muitos destes países, particularmente em África, são caracterizados por serem Estados com pouca capacidade como Estados soberanos. A fraqueza da política pública nesses países leva que a formulação de políticas de saúde esteja cada vez mais internacionalizada e a que as decisões sobre os principais elementos do conteúdo das mesmas sejam frequentemente tomadas por atores não nacionais ou com parceiros da sociedade civil sem legitimidade para o fazer ⁴⁴.

Recursos Humanos em Saúde em Estados Frágeis, generalidades

Os autores consultados referem que uma crise grave, especialmente quando é prolongada, afeta os RHS de diversas formas ⁴⁴. A temática de RHS em EF parece ser um assunto de interesse crescente na agenda internacional, sendo que a literatura sublinha que a resposta à fragilidade nesta matéria carece de intervenções estratégicas bem planeadas e continuadas ⁵⁷.

Alguns quadros conceptuais têm sido desenvolvidos para aprofundar a temática dos RHS em EF ^{58–60}, salientando que não basta unicamente centrar a atenção em fatores como a produção e a formação de RHS, sendo fundamental a identificação de variáveis contextuais que influenciam o desenvolvimento dos RHS e contemplar o enquadramento jurídico e regulamentar da gestão dos mesmos⁵⁸.

Em muitos EF, as estratégias e os planos de desenvolvimento de RHS são inexistentes ou excessivamente ambiciosos, tendo em conta as limitações existentes nas estruturas e na força de trabalho, bem como a falta de investimento financeiro ⁶¹.

A escassez de RHS é uma realidade em muitos EF, tendo como resultado imediato a incapacidade de garantir cuidados básicos de saúde às populações⁶². A literatura consultada refere que no caso de EF marcados por cenários de conflitos armados, pode registar-se um número de óbitos de profissionais de saúde que tenha impacto na densidade dos mesmos. Pode ainda haver abandono do país e consequente substituição por outros não devidamente capacitados ⁴⁴.

As limitações de pagamento de salários, contextualizadas nos constrangimentos de financiamento do setor, são referidas na literatura como um fator desmotivador ao exercício profissional, sublinhando um salário digno como pré-requisito para melhorar o desempenho da força de trabalho em saúde, bem como o recrutamento e retenção ⁶².

A literatura descreve a resposta da força de trabalho em saúde em EF às limitações de pagamento salarial por parte do Estado: os RHS contratados pelo setor público poderão ter um segundo emprego, exercendo essas funções em horário destinado ao exercício na função pública e até em estabelecimentos públicos de saúde. Os profissionais de saúde podem ainda ser contratados por ONG ou outros organismos de ajuda, continuando muitas vezes a receber o salário da função pública sem que aí exerçam as suas funções ⁴⁴.

Os incentivos pecuniários e não pecuniários a RHS, no âmbito de promover o seu bom desempenho e retenção têm sido uma matéria estudada e posta em prática^{57,60,63}, sendo sugerida na literatura consultada a complexidade do tema e a necessidade de o enquadrar no domínio contextual de cada Estado ^{44,62}.

O desequilíbrio na distribuição de RHS nas zonas rurais e urbanas é uma característica não exclusiva dos EF⁶⁰ mas que nestes estimula uma resposta específica: o surgimento de agentes comunitários de saúde, cidadãos da comunidade local que são escolhidos e treinados para garantir a prestação de cuidados básicos de saúde nas suas comunidades, sobretudo localizadas em áreas remotas, e que não são técnicos de saúde formais⁶¹.

Nos EF a rede de formação de RHS é naturalmente afetada pelas situações de fragilidade. As instituições de formação sofrem cortes significativos de financiamento causadas pelas restrições financeiras que inevitavelmente afetam o sistema público^{57,59}. A formação em saúde é geralmente total ou parcialmente financiada, podendo surgir entidades de formação privadas, marcadas por um ensino de baixa qualidade, quando carecem de adequados recursos e capacidades. A privatização não regulada dos centros de formação leva à proliferação de RHS que podem vir a integrar o setor público de prestação de cuidados de saúde⁴⁴.

1.1.3. República da Guiné-Bissau, um Estado Frágil

Situada no oeste do continente africano, com uma área de 36.125 km², constituída por uma faixa continental e pelo Arquipélago dos Bijagós, a RGB é uma antiga colónia portuguesa que tem vivido desde os anos 80 do século XX situações de instabilidade política e institucional, materializadas em repetidos golpes de Estado e conflitos armados⁶⁴.

Tendo sido declarada unilateralmente a sua independência a 24 de Setembro de 1973 e reconhecida pela ONU a 26 de Outubro do mesmo ano, viu a 10 de Agosto de 1974 o reconhecimento da sua independência ser assinado por Portugal⁶⁵.

Após a independência de Cabo Verde, a 5 de Julho de 1975, a RGB e Cabo Verde passaram a ser dirigidos por um único partido - o Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC). A 14 de Novembro de 1980, um golpe de Estado, empreendido pelo chamado Movimento Reajustador, sob a liderança do então Primeiro-Ministro João Bernardo Vieira, conhecido por Nino Vieira, derrubou o primeiro Presidente da República da Guiné-Bissau, Luís Cabral, irmão do falecido Amílcar Cabral, e suspendeu a Constituição da República, instituindo o Conselho da Revolução, formado por militares e civis. Extinguia-se, assim, o projeto de unificação dos dois países.

Em 1989, o então presidente Nino Vieira começa o esboço de um programa de reformas e liberalização política, abrindo caminho para uma democracia multipartidária. Eliminaram-se vários artigos da Constituição que privilegiavam o papel de liderança do PAIGC, e foram ratificadas leis que permitiam a formação de outros partidos políticos, liberdade de

imprensa, sindicatos independentes e direito à greve, emergindo assim a liberalização do regime político⁶⁶.

O poder político ao mais alto nível do Estado da RGB tem desde então mudado de mãos amiúde, na maior parte das vezes de forma consensual, e por vezes com o apoio do Parlamento ⁶⁴. Salientam-se três situações de particular instabilidade na história do país: o conflito político-militar de Junho de 1998 a Maio de 1999, o qual teve particular impacto ao nível da destruição de infraestruturas e no tecido social ⁶⁴, o golpe de Estado de 2012 com particular impacto sobre a economia nacional e mais recentemente a queda do Governo em 2015, não se tendo restabelecido até à data o equilíbrio político.

O total de população rondava em 2014 os 1 700 000 habitantes³⁹ e o crescimento populacional entre 2002 e 2010 foi na ordem dos 2,7% ⁶⁷. A população é composta por várias etnias de dialetos próprios (cerca de 32), com hábitos diversos e estruturas sociais distintas. A pobreza é generalizada, sendo que 70% da população vive com menos de 2 USD/dia ⁶⁸.

No início dos anos 80 do séc. XX, a receita do Estado guineense consistia, sobretudo, nos impostos, nos acordos de pesca e direitos aduaneiros, muito sujeitos à variação dos preços das matérias-primas nos mercados internacionais. A despesa pública refletia os défices das empresas públicas e o papel do Estado como um dos maiores empregadores, com a percentagem dedicada ao pagamento de salários a absorver grande parte dos gastos em bens e serviços¹⁶.

Os mesmos autores sublinham que a situação da Guiné-Bissau, causada em parte pela má aplicação de políticas económicas, frágeis instituições e uma débil democracia, não parecia levantar muitas dúvidas no que concernia as necessárias reformas¹⁶. Face ao forte endividamento externo e procurando responder às referidas necessidades, os PAE surgem como uma potencial resposta, datando o primeiro PAE aplicado na RGB de Maio de 1987⁶⁹.

Tal como em outros países da África Subsariana, os resultados destas reformas não se mostraram decisivos, designadamente no que se refere à melhoria do défice orçamental, e os efeitos negativos das restrições orçamentais sobre as populações originaram um clima de instabilidade que acabou por pôr em causa a viabilidade do processo de ajustamento¹⁵.

A dependência da RGB face à ajuda externa teve como consequência direta a sujeição às imposições do BM e do FMI⁶⁹, as quais se traduziram em medidas de redução de taxas de utilização dos serviços públicos, supressão de subsídios, redimensionamento da administração pública, congelamentos salariais, entre outros¹⁶. Os resultados destas reformas não só não melhoraram o défice orçamental, como os efeitos negativos das restrições orçamentais deram origem ao agravamento do sector informal^c como estratégia de sobrevivência¹⁶.

Após um longo período de recessão, a economia da RGB entrou em 2007 numa dinâmica de crescimento. Este cenário foi invertido pela instabilidade política vivida em 2012, conduzindo a um valor negativo no crescimento anual do PIB. O PIB *per capita* pouco se distancia dos 500USD, valor atingido apenas depois de 2007⁷¹. Caracterizada por fracos recursos internos, o setor primário tem sido o maior contribuinte do PIB⁷². A dependência da comunidade internacional nos setores da economia, saúde e educação é quase total⁷³.

Segundo o Índice dos Estados Frágeis (*Fragile States Index - FSI*) de 2018, publicado pelo *The Fund for Peace*¹¹, a RGB é considerado o 16º país mais frágil de mundo, num universo de 178 países.

O FSI analisa para cada país informação relativa a 12 indicadores chave no âmbito político, social e económico e mais de 100 sub-indicadores. Os 12 indicadores estão divididos em 4 categorias - Indicadores de coesão: aparato de segurança, elites faccionadas, justiça social; Indicadores económicos: declínio económico e pobreza, desenvolvimento desigual, fuga de capital humano e de cérebros; Indicadores políticos: legitimidade do estado, serviços públicos, direitos humanos e Estado de direito; e Indicadores sociais: pressões demográficas, refugiados e indicador de deslocados internos, intervenção externa. As classificações permitem construir um *ranking* que agrupa os países em 12 grupos, desde “muito sustentáveis” a “muito elevado estado de alerta”⁷⁴.

Em 2018 a RGB foi classificada em “estado de alerta”, antecedida pelos países Etiópia e Nigéria, igualmente em “estado de alerta”; pelos países Guiné-Equatorial, Haiti, Iraque,

^c Por setor informal entende-se o composto por toda a atividade económica que, não sendo em si mesma ilegal, se processa à margem das normas vigentes⁷⁰.

Zimbabué, Afeganistão, Chade e Sudão, classificados em “elevado estado de alerta”; e pelos países República Democrática do Congo, República Centro-Africana, Síria, Iémen, Somália e Sudão do Sul, classificados em “muito elevado estado de alerta”. Os indicadores de risco com valores mais preocupantes para a RGB são “elites faccionadas, legitimidade do Estado e serviços públicos” ¹¹.

A RGB integra o descrito para EF, tendo caído em duas das quatro armadilhas descritas por Paul Collier ⁷ – a armadilha da má governação num país pequeno e a do conflito. Limitações governativas e de fornecimento de bens e serviços públicos aos cidadãos enquadram os critérios de legitimidade e eficácia definidos pela OCDE para a caracterização de EF ⁵.

Na RGB verifica-se a dificuldade em definir com exatidão se diferentes fatores são causa ou efeito de fragilidade, característica de muitos EF¹. Segundo a nomenclatura apresentada pela OCDE (2008) a RGB apresenta por um lado um contexto de governação deteriorada e por outro de crises prolongadas ou impasses ⁶.

Segundo a OCDE (2011) o Estado guineense apresenta características de fragilidade que incluem, entre outras, a instabilidade política recorrente desde o conflito armado de 1998-99; o funcionamento irregular e a falta de capacidade das instituições públicas no cumprimento das funções básicas do Estado; o impacto de fenómenos transnacionais como o tráfico de droga e a criminalidade organizada; os elevados níveis de pobreza; a fraca diversificação da estrutura económica e a grande dependência da ajuda externa⁷⁵. O mesmo relatório refere estes elementos como sendo simultaneamente causas e sintomas de fragilidade, impedindo a consolidação da paz e de um desenvolvimento sustentável.

A OCDE (2011) salienta aspetos positivos do contexto nacional guineense, como o facto de os conflitos internos e os incidentes político-militares não terem mobilizado largos sectores da população, a qual tem apoiado inequivocamente uma paz duradoura; ou a existência de uma sociedade civil que, apesar dos seus recursos limitados, é cada vez mais uma voz crítica e ativa no país ⁷⁵.

Num contexto marcado pela fragilidade e em certos casos pela ausência do Estado, a sociedade civil, a Igreja Católica e as ONG, têm tido um papel decisivo junto das populações mais carenciadas, assim como no processo de consolidação da paz e da democracia ⁷⁶. Segundo os autores consultados, a criação e proliferação de organizações da

sociedade civil (OSC) tem conduzido à transformação da participação dos cidadãos na esfera pública ^{76,77}, incidindo esta participação sobretudo sobre três polos: a) na contribuição para o acesso a serviços de base (educação, saúde); b) na promoção dos direitos humanos e da cidadania, em particular das crianças e mulheres; c) na informação, sensibilização e consciencialização (ambiente, conservação, diversificação da produção)^{76,77}.

A ideia da sociedade civil no contexto guineense não está forçosamente ligada nem à implantação das estruturas modernas do Estado colonial, nem ao próprio colonialismo. Segundo Forrest (2003), citado por Barros (2014) tanto no meio rural como nos centros urbanos é possível identificar elementos pré-coloniais que atestam a existência de movimentos e associações de cidadãos cujo campo de ação está fora da esfera do Estado e da economia, incluindo, por exemplo, associações culturais, grupos de discussão e organizações de mulheres ⁷⁶.

As estruturas da sociedade civil, baseadas em dinâmicas desencadeadas pelas associações ditas tradicionais, desempenham papéis preponderantes na manutenção dos laços sociais, na recriação de solidariedades, na proteção social e no desenvolvimento de sociabilidades ⁷⁷. As “mandjuandades”, cuja génese remonta ao período pré-independência, constituem um exemplo da vitalidade das estruturas tradicionais de socialização que permitiu servir de refúgio às expressões das populações ainda durante a época colonial. O vigor destas estruturas tradicionais no período pós-independência sublinha a sua importância ^{76,77}.

As iniciativas de mobilização coletiva ao nível comunitário e nacional e a criação de associações de base comunitária remetem-nos para a reflexão sobre a importância do capital social e da resiliência na reação à fragilidade neste país.

Importa dizer que na Guiné-Bissau o número de OSC aumentou consideravelmente e que este setor conheceu uma nova dinâmica a partir dos anos 90. Das cerca de 10 organizações que existiam no início dos anos 90, o número subiu para mais de 60 antes do conflito armado de 1998/99. Atualmente existem mais de duas centenas de OSC formalmente constituídas ⁷⁶. Estes movimentos sociais, tradicionais e formais, promovem uma cidadania mais consciente e melhor informada em termos de apropriação e gestão dos assuntos públicos, o que segundo os autores consultados, faz da sociedade civil um importante ator no processo de desenvolvimento do Estado guineense ⁷⁸.

1.1.3.1. A fragilidade do sistema de saúde

A RGB apresenta um contexto de fragilidade e carências ao nível da saúde e do funcionamento do seu SS. Em 1993 estabeleceu-se a Política Nacional de Saúde (PNS), a qual foi atualizada em 2017, e encontra-se em vigor o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III (PNDS III), com um horizonte temporal de 2018-2022 ⁷⁹.

Segundo a OMS ⁷² cerca de 90% do financiamento deste setor tem sido garantido por parceiros de cooperação, sublinhando-se que o país é marcado por uma forte dependência da comunidade internacional neste setor da economia ^{73,80,81}.

O SNS da RGB não responde às necessidades de saúde do país, por diversos fatores, entre eles por apresentar: baixa densidade de RHS, infraestruturas em avançado estado de degradação, serviço de diagnóstico complementar praticamente inexistente, deficiente funcionamento do sistema de referência ⁸². Regista-se ainda a frequente rutura de stock de medicamentos/materiais e a falta de cadeia de frio, dificultando a instituição de tratamentos médico-cirúrgicos.

Segundo o Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza II (DENARP II) ⁷¹, entre 2002-2010 as populações viveram problemas de acesso aos cuidados de saúde, tanto do ponto de vista geográfico como financeiro. Dados de 2014 apresentam uma discreta melhoria, sobretudo sentidos ao nível da saúde materna e da saúde infantil ⁸³.

1.1.3.2. Aprofundando áreas no âmbito da saúde que refletem a fragilidade do Estado

Planeamento estratégico em saúde

Sendo um dos países mais pobres do mundo, a RGB tem feito ao longo dos anos o exercício do PES⁸⁰.

A gestão estratégica do setor da saúde da Guiné-Bissau foi, até março de 2017, orientada pela PNS adotada e aprovada em 1993. Esta enquadrrou, ao longo dos tempos, diversas políticas temáticas e orientou a elaboração de dois PNDS ⁸⁰.

O PNDS pretende ser o documento que define a estratégia nacional de saúde do país ⁶⁸. Ao PNDS I (1998-2002, revisto para 2003-2007) sucedeu o PNDS II (2008-2017) e em 2017 completou-se um novo processo de planeamento - PNDS III. A extensão do primeiro PNDS foi enquadrada pelo DENARP I e o segundo PNDS pelo DENARP II.

A elaboração do terceiro PNDS foi orientada pela PNS adotada em março de 2017, pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo *Terra Ranka* 2015-2025 e pelas recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em outubro de 2014⁸⁰.

O processo de PES na RGB incorpora e alimenta ainda outros processos de planeamento por parceiros, serviços e organismos da sociedade civil dando origem a uma teia de documentos orientadores - políticas, planos, programas, projetos.

A gestão desta complexidade deveria ter sido assumida por uma Célula de Gestão do PNDS associada ao Ministério da Saúde Pública (MINSAP).

Recursos Humanos em Saúde, com particular destaque para a sua formação

Concretamente no que se refere a RHS, perante um cenário de ausência de desenvolvimento de uma verdadeira política de recursos humanos, em que a carência de profissionais, as falhas na distribuição dos existentes, a fuga de quadros para o estrangeiro, carências de formação no setor, entre outras limitações, levou em 1996 ao primeiro exercício de diagnóstico com intuito de planificação ⁸⁴, o qual acabou por ser interrompido pelo conflito de 1998.

Novo exercício foi efetuado aquando da redação do PNDS II, resultando no Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS), com um horizonte temporal de 2008-2017 ⁸⁵. Entre outras importantes constatações, salienta-se o cálculo de uma redução estimada de 63% da força laboral até 2017, tendo-se então calculado que, para atingir dotações mínimas de equipas da saúde, estabelecidas no PNDS II, e fazer face ao crescimento populacional, o pessoal efetivo da saúde deveria crescer cerca de 34,4% no horizonte temporal do PNDRHS ⁸⁵.

A aposta na formação de RHS torna-se uma necessidade, tendo-se determinado que para atingir os objetivos definidos terão de ser formado mais 1.748 trabalhadores da saúde, dos quais 170 novos médicos gerais, 45 especialistas, 495 técnicos médios e 978 enfermeiros⁸⁵. Perante esta realidade a oferta formativa em saúde tem crescido na RGB.

Em 1986 foi criada a Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez (FM), então e até hoje apoiada pela cooperação cubana. Em 1997 foi criada a Escola Nacional de Saúde (ENS).

Para além destas entidades, desde a década de 90 do século XX têm vindo a proliferar escolas privadas.

1.2. MODELO TEÓRICO DO ESTUDO

Perante a realidade da fragilidade do Estado da RGB, e concretamente das carências ao nível da saúde e do funcionamento do seu SS, vários atores têm vindo a intervir. Atores internacionais, como BM, OMS, Comunidade de Estados da África Ocidental (CEDEAO), Comunidade de Povos de Língua Portuguesa (CPLP), Cooperação Cubana, Cooperação Portuguesa, entre tantos outros, têm marcado presença.

Também atores nacionais (Ministérios por exemplo), atores subnacionais (ONG, OSC, sindicatos, ordens) e atores individuais (profissionais de saúde, utentes dos serviços de saúde, cidadãos no exercício da sua cidadania) têm reagido à fragilidade do Estado. Dentro destas respostas destacam-se documentos orientadores, programas, projetos, tomadas de decisão de grupos ou indivíduos. Estas respostas são o alvo do presente trabalho, numa perspetiva de as enquadrar no contexto em que elas surgem, conforme é sistematizado na figura 2.

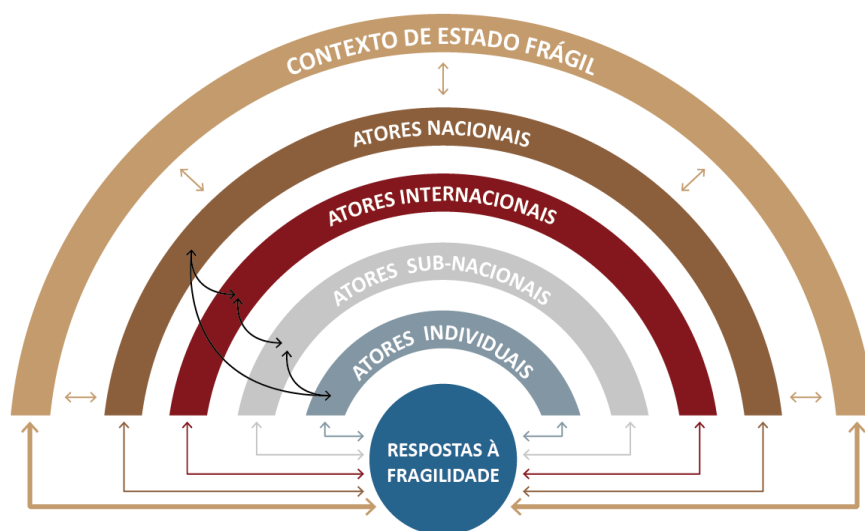


Figura 2 - Modelo teórico do estudo

Se considerarmos o conhecido modelo utilizado para monitorização e avaliação, também em matérias de estratégias em saúde⁸⁶, pelo qual *inputs* (insumos) são convertidos por *processos* em *outputs* (respostas), os quais se refletem em *outcomes* (resultados), provocando *impacto*, podemos dizer que o presente trabalho se situa ao nível da análise de outputs, procurando conhecer não apenas os inputs mas os processos que sobre estes intervém, não aprofundando detalhadamente o seu reflexo ao nível do comportamento das populações ou o seu impacto por exemplo nos indicadores de mortalidade.

O modelo de análise de políticas de saúde proposto em 1994 por Gill Walt & Lucy Gilson^{87,88} fornece também contributos para a definição do modelo teórico do estudo. Segundo estes autores, para analisar as políticas de saúde não basta concentrar a atenção nas reformas e seus conteúdos - devem ser tidos em conta os *atores* envolvidos (subnacionais, nacionais e internacionais), os *processos* inerentes ao desenvolvimento e implementação da mudança e o *contexto* em que a política é desenvolvida, constituindo esta ideia o pilar estrutural proposto para o presente trabalho.

1.3. OBJETO, HIPÓTESES E OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente trabalho teve como **objeto de estudo** as respostas a situações de fragilidade dadas pelos diversos atores (internacionais, nacionais, subnacionais e individuais) no domínio da saúde na RGB, procurando compreender estas respostas, situando-as no contexto do país e na relação entre os diversos atores envolvidos.

Definiram-se um objetivo geral e três objetivos específicos, assentes em quatro hipóteses.

Hipóteses

- H1.O PNDS tem sido um documento estratégico ^{79,82,84} que, apesar da fragilidade do Estado da RGB, tem norteado as intervenções em saúde.
- H2.Perante a escassez de RHS ⁸⁹, a RGB desenvolveu respostas à necessidade de formação de mais quadros, verificando-se porém a dificuldade em responder a necessidades como a qualidade da formação ministrada.
- H3.Múltiplos parceiros nacionais, internacionais, multilaterais, bilaterais, ONG, entre outros, têm apoiado o setor da saúde da RGB de forma pouco articulada entre si e com o MINSAP ⁸⁹.
- H4.Existem dados de implementação e avaliação de intervenções realizadas por vários atores, uma vez que é crescente a aposta em avaliação com o objetivo de que esta seja útil para a tomada de decisão ⁹⁰.

Objetivo geral (OG)

Contribuir para o conhecimento das respostas a situações de fragilidade do sistema de saúde da República da Guiné Bissau de 1974 a esta parte, de forma a compreender como melhor alcançar objetivos e metas de saúde.

Objetivos específicos (O.E.)

1. Analisar o processo de implementação do PNDS desde a sua origem a esta parte, numa perspetiva formativa, para compreender o papel do planeamento estratégico em saúde em situações de fragilidade.
2. Analisar a resposta dada às necessidades de formação identificadas na estratégia de saúde do país para identificar mecanismos de sustentabilidade em situações de fragilidade.
3. Enquadrar as tentativas de resposta da RGB às situações de fragilidade no setor da saúde, na ótica do descrito para Estados Frágeis.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. Estratégia de Investigação

Considerando que se procura em primeira instância *explorar e descrever* com o intuito de *analisar*, propõe-se a realização de um estudo de caso. Segundo a nomenclatura proposta por Yin (2009), opta-se pela realização de um estudo de caso único com múltiplas unidades de análise embutidas ¹.

2.1.1. Estudo de caso de carater avaliativo

O caso em estudo é a resposta a situações de fragilidade na RGB enquanto EF, com um SS que reflete essa fragilidade, num contexto onde interagem diversos atores com efeitos e consequências para os cidadãos, o SS, o país, o próprio contexto, não beneficiando ainda da descrição e análise desses efeitos e consequências.

Definiram-se duas unidades de análise (UA):

- Planeamento Estratégico em Saúde;
- Resposta às necessidades de formação de RHS.

Este estudo de caso, uma vez que pretendeu chegar à análise dos resultados de re(ações) de diversos atores é considerado um estudo de avaliação. Por avaliação entende-se emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas². Por sua vez, e segundo a mesma fonte, uma intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, num determinado contexto e num determinado período, modificar o curso previsível de um fenómeno para corrigir uma situação problemática. Assim sendo, as diferentes re(ações) dos múltiplos atores podem ser olhadas como intervenções, logo suscetíveis de ser avaliadas.

Dos dois tipos de estudos avaliativos, avaliação normativa e pesquisa avaliativa³, optamos para este estudo de caso pelo segundo. A pesquisa avaliativa consiste em fazer um

juízo *ex-post* de uma intervenção, usando métodos científicos, podendo decompor-se em seis tipos diferentes de análise: análise de estratégia, análise de intervenção, análise de produtividade, análise dos efeitos, análise do rendimento e análise da implantação ⁴.

Uma vez que no presente estudo de caso se pretende aprofundar as relações existentes entre a intervenção avaliável e o contexto no qual ela ocorre, opta-se por uma análise de implantação. O processo de implantação faz referência à implementação, isto é à integração de uma intervenção num determinado contexto, focando por um lado a influência do contexto sobre a intervenção e por outro a produção dos efeitos da intervenção naquele contexto ^{2,3}.

Para cada uma das UA fez-se uma abordagem do contexto e sua evolução, num horizonte temporal de 1974 a esta parte. Procurou-se conhecer os diversos atores intervenientes em cada unidade de análise e as suas respostas à fragilidade encontrada, dando particular destaque à relação entre os diferentes atores.

O presente estudo de caso desenrolou-se em Portugal e na RGB e a recolha de dados foi efetuada em simultâneo para as diferentes unidades de análise, tendo sido realizados cinco estudos distintos.

2.1.1.1. Unidade de análise 1 – Planeamento Estratégico em Saúde – estratégia metodológica

Existem na RGB documentos de planeamento em saúde, destacando-se o PNDS, encarados neste trabalho como respostas de atores, nacionais no caso do PNDS, à fragilidade do Estado, nas quais se evidenciam as relações entre os diferentes atores intervenientes no setor da saúde.

Considerou-se como mais valia fazer memória do exercício de PES na RGB com um duplo propósito: por um lado, partindo de memórias e do conteúdo dos documentos oficiais de PES existentes na RGB, analisar os processos de PES na RGB, enquadrando-os no descrito pela literatura e contextualizando-os na especificidade vivida por EF nesta matéria; e por outro guardar memória destes processos, como trilhos de um passado que nos ajudam a escolher caminhos (Estudos I e II).

A figura 3 ilustra o mapa elaborado com base na literatura e com recurso ao qual foram analisados os processos de PES^{5,6}. Os autores consultados definem vários passos no processo de planeamento em saúde, os quais formam um ciclo contínuo integrando uma fase de diagnóstico seguida de definição de objetivos e

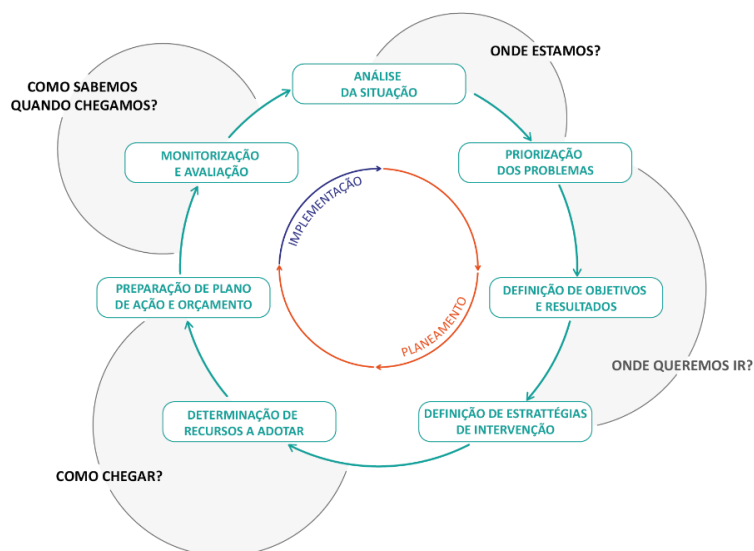


Figura 3- Ciclo de Planeamento Estratégico em Saúde, adaptado.

prioridades. Destes decorrem a definição estratégica e a determinação de recursos necessários para a sua implementação. A monitoria e avaliação são transversais a todo o processo, sobretudo no momento da implementação, permitindo fazer dele um ciclo.

Com o referido duplo intuito, recorreu-se ao método histórico ⁷ pelo qual é possível investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade atual, partindo do princípio de que as atuais formas de vida social, as instituições e os costumes têm origem no passado, sendo importante pesquisar as suas raízes para compreender a sua natureza e função ⁷.

O PNDS II sucede ao PNDS I, sendo que ambos foram alvo de uma avaliação que se encontra redigida e aprovada pelo MINSAP da RGB. Em vigor, o documento de PNDS III encontra-se disponível, bem como outros documentos alusivos a programas e projetos na área da saúde.

A hipótese antes enunciada da existência de dados de avaliação nasce do princípio de que atualmente, tem havido um crescente aumento do interesse pela qualidade dos resultados obtidos a partir de projetos, programas e serviços desenvolvidos, sendo que tal interesse muitas vezes traz, em consequência, a realização de avaliações que tencionam revelar se a desejada qualidade foi alcançada ⁸.

No que concerne ao PNDS, documento estratégico de orientação nacional, uma vez que existem dados de avaliação da sua implementação aprovados e disponíveis, optou-se por realizar uma meta-avaliação ⁸ (Estudo III).

A meta-avaliação pode ser definida diretamente como uma *avaliação da avaliação* ^{3,8} e operacionalmente como um processo de descrição, julgamento e síntese de estudos ou quaisquer procedimentos de avaliação, com o objetivo de assegurar a qualidade dos estudos avaliativos ³.

Os procedimentos apropriados para a realização de uma meta-avaliação podem variar de acordo com o tipo de avaliação realizada ⁹. A literatura aponta algumas possibilidades para a condução de uma meta-avaliação, sendo que o marco de referência conceptual mais conhecido é o produzido pela *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* (JCSEE) em 1981, atualizado em 1994, estando em vigor uma nova versão de 2011⁸⁻¹⁰.

Um total de 30 padrões de avaliação são organizados em torno de quatro princípios: ‘Utilidade’ – atende às necessidades de informação das partes interessadas; ‘Exequibilidade ou factibilidade’ – é realista e moderada nos recursos e custos de modo a justificar a sua realização; ‘Propriedade ou correção’ – é conduzida eticamente, com respeito pelos envolvidos; ‘Precisão’ – divulga e transmite informação sobre o valor ou mérito dos programas avaliados com a devida validade ^{8,11}.

A JCSEE, para facilitar a tarefa de julgar a qualidade das avaliações, construiu uma lista de verificação dos padrões, distribuídos por categorias, às quais é possível aplicar uma escala, permitindo julgar o nível de atendimento do objeto avaliado em relação a cada padrão ^{3,9}.

A literatura consultada salvaguarda que, conforme a natureza da avaliação ou meta-avaliação, a aplicação dos padrões será variada – dependendo do objeto em foco, alguns dos parâmetros podem não ser adequados ou aplicáveis ⁹.

Para além de avaliar as avaliações feitas ao PNDS, procurou-se ainda perceber até que ponto os resultados das avaliações efetuadas foram/estão a ser utilizados em intervenções seguintes. Os detalhes dos procedimentos metodológicos utilizados na meta-avaliação desenvolvida são descritos no ponto seguinte. A estratégia metodológica utilizada encontra-se sintetizada na figura 4.



Figura 4 - Estratégia metodológica da meta-avaliação realizada.

2.1.1.2. Unidade de análise 2 – Resposta às necessidades de formação de RHS - estratégia metodológica

Partimos do pressuposto de que, a força de trabalho em saúde na RGB, por diversos fatores, adquire características específicas - as distorções – que são na sua essência semelhantes ao que é observável em outros contextos de fragilidade, ainda que com especificidade própria para o país ¹². Fomos assim, em primeira instância, caracterizar a fragilidade da situação vivida na RGB em matéria de RHS, considerando as distorções encontradas na literatura (Estudo IV).

Perante a carência de RHS e a expansão da oferta formativa para cobrir esta carência descritas para a RGB enquanto EF, impôs-se a reflexão sobre até que ponto o país consegue assumir a formação necessária, garantindo a sua qualidade e a absorção pelo mercado dos novos quadros formados. Moveu-nos a convicção de que avaliar o que se tem feito, os

resultados da implementação das diversas iniciativas formativas em RHS, contribuirá certamente para uma proposta de oferta formativa mais adequada às necessidades vividas na RGB.

Analísámos a oferta de formação de RHS, resposta à fragilidade do Estado em matéria de RHS, concretamente da sua formação, em dois pilares – ao nível da estrutura, ou seja das instituições que ministram a formação e seu funcionamento; e ao nível dos processos de formação. A consideração do contexto em que esta decorre permitiu uma análise integrada na realidade vivida por EF (Estudo V).

Considerámos como oferta o conjunto de formação específica para o setor da saúde oferecida pela ENS, pela FM e por outras entidades públicas ou privadas em exercício na RGB.

Em síntese descreve-se na figura 5 a estratégia de investigação utilizada.

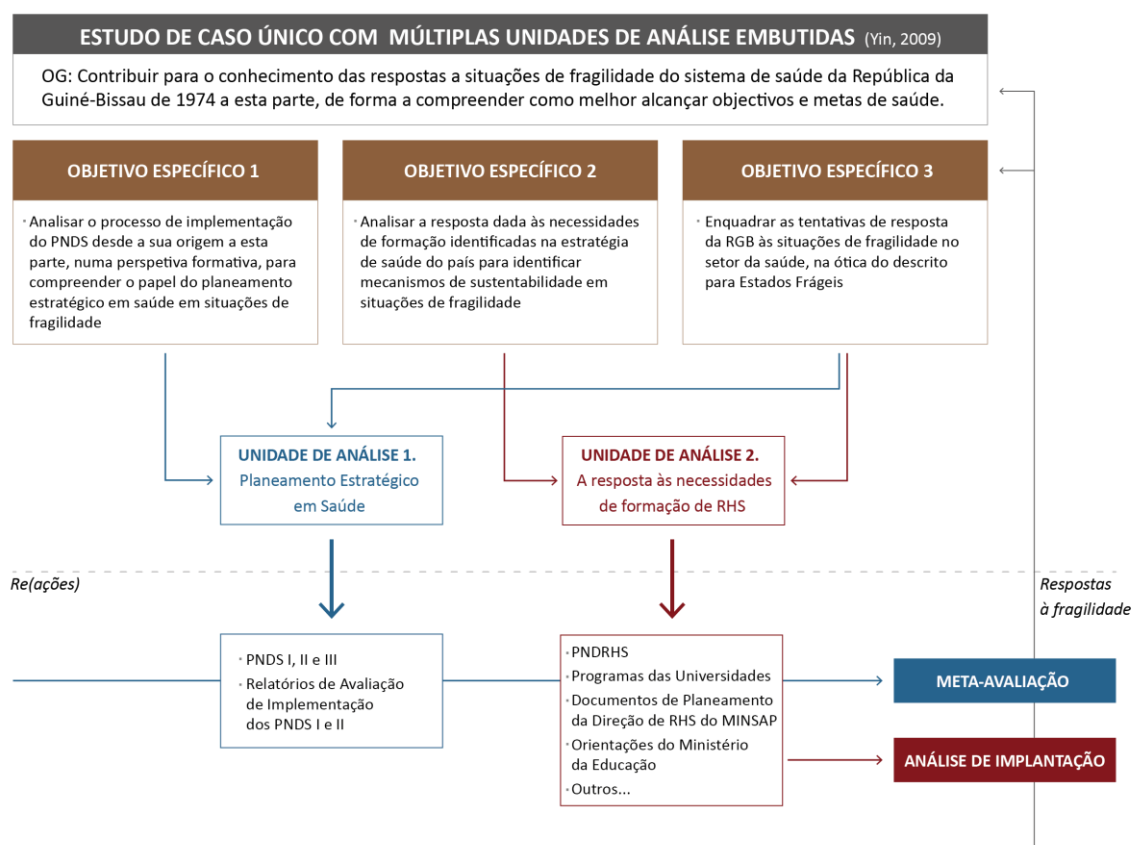


Figura 5 - Estratégia de Investigação do estudo “Analisando respostas em saúde num Estado Frágil - o caso da Guiné-Bissau”

2.1.2. Estudos realizados

Foram realizados cinco estudos distintos, tendo-se obtido os dados que permitiram analisar cada uma das UA. Os estudos, os quais são descritos no capítulo 3, foram:

- Estudo I - Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos.
- Estudo II - 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau - Memórias de seu Planeamento Estratégico em Saúde.
- Estudo III - Avaliação em Saúde na República da Guiné-Bissau – uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.
- Estudo IV - Can the deterioration of health workforces in post-conflict states be halted? Insights from Guinea Bissau on the nature and evolution of its persistent crisis.
- Estudo V - Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau – Evolução das estruturas e processos num Estado Frágil.

2.2. Populações, materiais, amostragem e técnicas de recolha de dados

As análises de implantação e a meta-avaliação previstas realizaram-se com recurso a análise documental e completou-se a informação com recurso a dados obtidos em entrevistas semiestruturadas centradas no problema, em profundidade e a grupo focal. A revisão bibliográfica acompanhou todo o processo.

Revisão bibliográfica

A revisão de literatura, constituindo uma parte vital do processo de investigação, envolve a localização, análise, síntese e interpretação de produção bibliográfica prévia relacionada com a temática em estudo ¹³.

Optou-se por proceder a uma revisão bibliográfica do tipo narrativo ^{14,15}, ou seja sem utilizar critérios explícitos e sistemáticos para a procura da literatura. A busca não precisa

de esgotar as fontes de informações e não serão aplicadas estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos documentos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. As principais fontes a serem consultadas para a elaboração da revisão bibliográfica são artigos publicados em revistas científicas, livros, teses, dissertações, e relatórios e bases de dados.

A revisão bibliográfica teve como ponto de partida as seguintes palavras/expressões chave e o cruzamento entre si:

- Estados frágeis | fragile states
- Sistemas de saúde | health systems
- Guiné-Bissau | Guinea Bissau
- Políticas de saúde | health policies
- Ajuda ao desenvolvimento | development aid,
- Relações internacionais | international relations,
- Cooperação internacional | international cooperation
- Planeamento estratégico em saúde | strategic health planning
- Resiliência | resilience
- Capital social | social capital
- Sociedade civil | civil society
- Recursos humanos em saúde | human resources for health
- Formação de recursos humanos em saúde | education of health professionals

Análise Documental

A análise documental, sendo uma operação ou um conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estudo ulterior, a sua consulta e referência¹⁶, permite passar de um documento primário, em bruto, para um secundário, facilitando ao observador o acesso à informação.

Envolvendo baixos custos para a obtenção de dados empíricos é muitas vezes combinada com a recolha de dados por entrevistas e observação, permitindo a minimização de viés e

o fortalecimento da credibilidade dos dados encontrados¹⁷. O procedimento analítico implica encontrar, selecionar, avaliar (ou dar sentido), e sintetizar os dados contidos em documentos¹⁷.

Foram analisados os PNDS I, II, III e o PNDRHS, bem como os relatórios de implementação dos PNDS I e II. Analisaram-se também documentos de orientação estratégica no âmbito da implementação dos documentos acima referidos, bem como documentos não publicados obtidos de informadores-chave. Os dados encontrados foram organizados em grandes temas, em categorias, tendo sido depois analisados por meio de análise de conteúdo ^{16,17}.

Entrevistas semiestruturadas centradas no problema e em profundidade

Para o presente estudo, foi realizado um total 31 entrevistas semiestruturadas, vinte e seis das quais centradas no problema e cinco em profundidade ¹⁸, entre fevereiro de 2016 e dezembro de 2017 a atores chave em matéria de PES e RHS na RGB.

Dos vinte e seis entrevistados com recursos a entrevistas semiestruturadas, quinze foram selecionados pelo investigador por se reconhecer serem detentores de informações pretendidas para o estudo, constituindo assim uma amostra não probabilística intencional ⁷. Destes quinze, oito dos entrevistados responderam a questões apenas relacionadas com a UA1; dois foram alvo de questões alusivas apenas à UA2; e cinco foram alvo de questões alusivas a ambas as UA (Anexo I).

Caracterizando os referidos quinze entrevistados com recurso a entrevistas semiestruturadas centradas no problema, dois são avaliadores portugueses, um envolvido na avaliação do PNDS I e o outro nos processos de avaliação de implementação do PNDS I e do PNDS II, bem como na redação dos PNDS II e III. Os restantes treze são guineenses. Onze destes entrevistados guineenses estão ou estiveram diretamente implicados nos processos de PES, desde a elaboração do PNDS I até ao atual processo de redação e implementação do PNDS III. Ocupam ou ocuparam cargos de governação do setor a nível nacional, dois deles amplamente relacionados com programas específicos (Luta contra a Tuberculose e Lepra e Saúde Materno-Infantil) e dois dos entrevistados ocupam atualmente

cargos em organizações internacionais. Seis destes atores chave guineenses estão ou estiveram diretamente implicados nos processos de planeamento de RHS sendo que dois deles exerceram ou exercem cargos de gestão ao nível do MINSAP em matéria de RHS, quatro exercem ou exerceram cargos de gestão em instituições que ministram formação em saúde.

Dos restantes onze entrevistados com recurso a entrevistas semiestruturadas, todos foram apenas alvo de questões alusivas à UA2. Nove são profissionais de saúde e dois integram ONG a operar no campo da saúde e foram seleccionados com recurso a amostra bola de neve, no âmbito do estudo da crise de RHS, tendo-se suspenso as entrevistas ao atingir a saturação da informação (Anexo II).

Cinco dos trinta e um entrevistados, seleccionados intencionalmente, foram convidados a contar a sua história de vida ^{19,20}, enquanto RHS, desde o seu processo de ingresso na formação em saúde até ao momento presente, com recursos a uma entrevista semiestruturada em profundidade ¹⁸ (Anexo III). Foram assim alvo de questões apenas alusivas à UA2.

Destes cinco entrevistados, um é enfermeiro aposentado e é ex-combatente da guerra da independência, um é médico em exercício numa Região Sanitária fora da capital após se ter formado na Bulgária, dois são enfermeiros em exercício – um em Bissau e outro noutra região e um é agente comunitário de saúde.

As entrevistas foram gravadas, com o devido consentimento dos entrevistados (Anexo IV). Posteriormente foi efetuada a análise de conteúdo das entrevistas ¹⁶.

Grupo Focal

A utilização dos grupos focais, de forma isolada ou combinada com outras técnicas de recolha de dados, revela-se especialmente útil na pesquisa avaliativa ²¹. Para o presente estudo foi realizado um grupo focal com sete atores-chave ligados ao ensino em saúde e à gestão de RHS na RGB, sendo que quatro integram o número dos quinze entrevistados

anteriormente referidos. O grupo focal foi conduzido por dois investigadores portugueses em fevereiro de 2016, na RGB (Anexo V).

Procedimentos de meta-avaliação

No presente trabalho optou-se por utilizar 13 dos 30 padrões de meta-avaliação JCSEE na análise dos relatórios de avaliação supracitados, concretamente: para o Princípio da Utilidade - Credibilidade do avaliador, Clareza dos relatórios, Impacto da avaliação; para o Princípio da Factibilidade ou Viabilidade - Procedimentos práticos, Viabilidade contextual; Princípio da Propriedade - Avaliação completa e justa, Disseminação de resultados, Conflito de interesses; Princípio da Precisão ou Acurácia: - Análise de contexto, Descrição de propósitos e procedimentos, Fontes de informação confiáveis, Conclusões justificáveis, Imparcialidade dos relatórios. A definição textual dos padrões utilizados encontra-se descrita na tabela 1, elaborada com base na literatura consultada ^{2,3,10,11}.

Tabela 1 - Definição dos padrões de meta-avaliação utilizados.

PRINCÍPIO	PADRÃO	DEFINIÇÃO TEXTUAL
UTILIDADE Atende às necessidades de informação das partes interessadas	Credibilidade do avaliador	As avaliações devem ser conduzidas por pessoas qualificadas que estabeleçam e mantenham a credibilidade no contexto da avaliação.
	Clareza dos relatórios	Os relatórios de avaliação devem descrever claramente o programa avaliado, incluindo o seu contexto e os propósitos, procedimentos e conclusões da avaliação, de forma a prover informações essenciais que sejam facilmente entendidas.
	Impacto da avaliação	As avaliações devem ser planeadas, conduzidas e divulgadas de forma a estimular o seu acompanhamento por parte dos interessados, potenciando a possibilidade de uso dos resultados da avaliação.
FACTIBILIDADE ou VIABILIDADE A avaliação é realista, realizada sem gastos desnecessários, potenciando a eficácia e a eficiência da avaliação.	Procedimentos práticos	Os procedimentos de avaliação devem ser práticos, a fim de evitar perturbações no momento da coleta de informações.
	Viabilidade contextual	As avaliações devem reconhecer, monitorar e equilibrar os interesses e necessidades culturais e políticas de indivíduos e grupos. A avaliação deve ser planeada e conduzida tentando antecipar os diferentes posicionamentos dos diferentes grupos de interesse, conseguindo a cooperação e todos.

PRINCÍPIO	PADRÃO	DEFINIÇÃO TEXTUAL
PROPRIEDADE A avaliação é conduzida eticamente, com respeito pelos envolvidos.	Avaliação completa e justa	As avaliações devem fornecer descrições completas dos principais pontos positivos, limitações e conclusões do programa avaliado, possibilitando a valorização dos aspectos de sucesso e a correção de falhas existentes.
	Disseminação de resultados	Os responsáveis pela avaliação devem assegurar que todas as partes interessadas, afetas ao processo avaliativo e aquelas com direito legal tenham acesso aos resultados da avaliação na sua totalidade, a menos que isso viole as obrigações legais e de propriedade.
	Conflito de interesses	As avaliações devem, de forma aberta e honesta, identificar e abordar conflitos de interesses reais ou percebidos que possam comprometer a avaliação.
PRECISÃO Divulga e transmite informação sobre o valor ou mérito dos programas avaliados com a devida validade.	Análise de contexto	O contexto no qual o programa está inserido deve ser descrito com o detalhamento necessário para que suas possíveis influências no programa possam ser identificadas.
	Descrição de propósitos e procedimentos	Os propósitos e procedimentos da avaliação devem ser descritos de forma clara e monitorados para que sejam facilmente identificados e examinados.
	Fontes de informação confiáveis	As fontes de informação usadas na avaliação devem ser descritas em detalhe, de forma a permitir a análise de adequação da informação coletada.
	Conclusões justificáveis	As conclusões de uma avaliação devem ser explicitamente justificadas para que possam ser analisadas pelos principais interessados/afetados pela avaliação e/ou pelo programa.
	Imparcialidade dos relatórios	Os procedimentos para elaboração de relatórios deverão incluir métodos que previnam possíveis distorções causadas por sentimentos/vieses pessoais, a fim de que os relatórios reflitam de forma justa os resultados da avaliação.

Foi aplicada uma escala quantitativa de 0-10 a cada um dos padrões, pela qual os valores 9 e 10 correspondem a “excelente”; 7 e 8 a “muito bom”; 5 e 6 a “bom”; 3 e 4 a “fraco”; 0 a 2 a “crítico”. Procedeu-se depois à requalificação por princípio de avaliação em “Insatisfatório”, “Aceitável” e “Satisfatório” de acordo com a avaliação percentual <33.3%, 33,3%-66,6% e >66,6% respetivamente^{3,22,23}. Para a atribuição da classificação por padrão e assim obter o valor por princípio de meta-avaliação foi efetuada a análise de conteúdo¹⁶ dos relatórios de avaliação disponíveis.

Procurou-se ainda perceber até que ponto os resultados das avaliações efetuadas foram/estão a ser utilizados em intervenções seguintes, tendo-se procedido à análise de conteúdo do documento de planeamento que se seguiu à avaliação efetuada – o PNDS II.

A informação obtida foi complementada com recurso a análise de conteúdo das entrevistas realizadas a avaliadores e outros atores chave nesta matéria.

Por ser um processo dinâmico que decorreu no momento de elaboração e aprovação do PNDS III, as entrevistas tiveram também por objetivo obter subsídios sobre o processo de planeamento, concretamente sobre a utilidade e impacto das avaliações anteriores. Porque um dos avaliadores esteve/está atualmente envolvido no planeamento, uma das entrevista teve também por fim salvaguardar a imparcialidade.

Em síntese, descreve-se na figura 6 a estratégia metodológica utilizada.

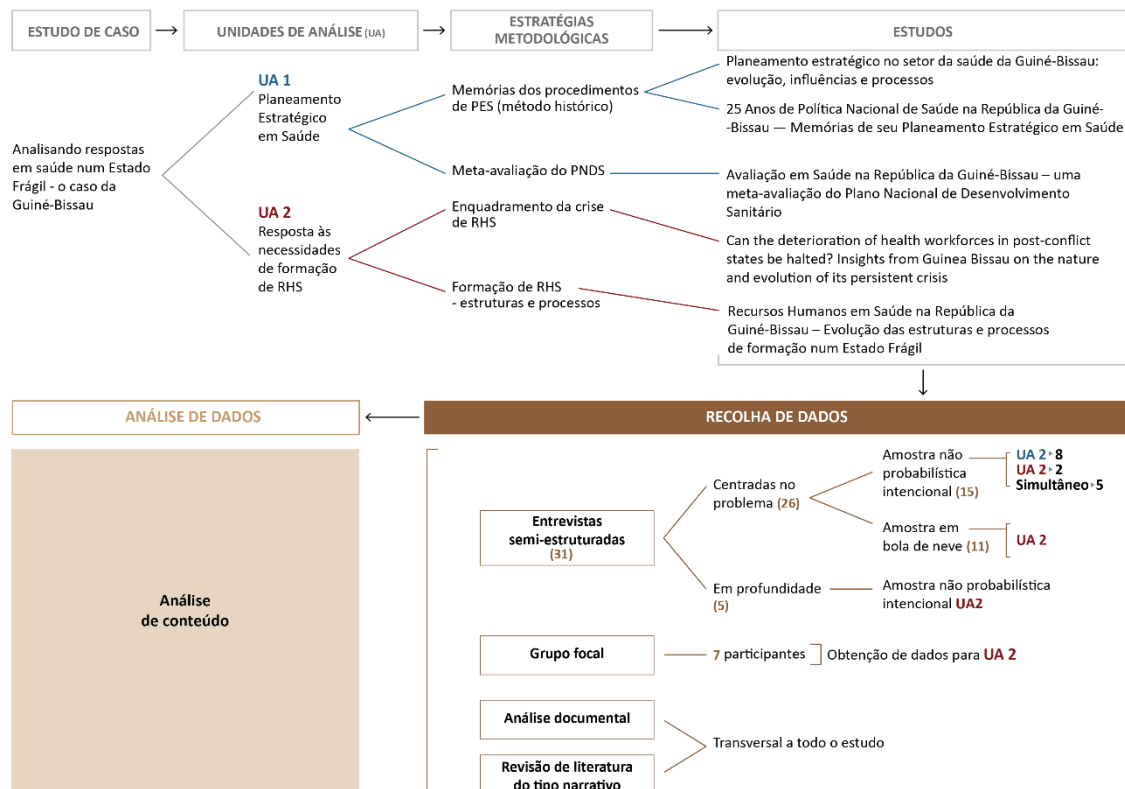


Figura 6 - Estratégia metodológica do estudo “Analisando respostas em saúde num Estado Frágil - o caso da Guiné-Bissau”

3. RESULTADOS

De seguida são apresentados os cinco estudos realizados, cujos resultados e sua discussão constituem os resultados do Estudo de Caso discutidos em conjunto no capítulo 4.

A ordem pela qual se encontram está relacionada com o encadeamento da apresentação de resultados do presente Estudo de Caso.

3.1. ESTUDO I - Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos

O estudo é fruto de um trabalho conjunto de Augusto Paulo Silva, Paulo Ferrinho, Tomé Cá e Cátia Sá Guerreiro, encontrando-se publicado¹ nos Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (anexo VI).

3.1.1. Contextualização do Estudo

No momento da realização do estudo, ultimo trimestre de 2016, a República da Guiné-Bissau (RGB) estava a elaborar o seu terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS).

Neste trabalho procedemos à revisão dos processos de planeamento estratégico (PE) na RGB em três momentos, cada um associado a um PNDS: 1998-2002 (extensão de 2003-2007); 2008-2017; 2018-2020, numa perspetiva descritiva.

3.1.2. Material e métodos

O trabalho reporta-se ou a vivências pessoais dos intervenientes ou segue uma metodologia de análise de documentos², na sua maioria não-publicados, obtidos de informadores-chave no decorrer de vários trabalhos em que os investigadores estiveram envolvidos como dirigentes (Tomé Cá, Augusto Paulo Silva) ou consultores (Paulo Ferrinho, Cátia Sá Guerreiro) do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) da RGB.

3.1.3. Estado da Arte – alguns dados contextuais

Sistema de saúde

A RGB apresenta um contexto de fragilidade e carências ao nível da saúde e do funcionamento do seu sistema de saúde (SS), não respondendo este às necessidades de saúde do país³. Os aspetos referidos na Tabela 2 refletem as principais fraquezas do SS, as quais têm persistido desde a elaboração do primeiro PNDS.

Tabela 2 - Principais fraquezas do SS da perspectiva dos insumos e processo

Insumos no SS	Principais fraquezas
Integração Regional	Adoção das diretivas regionais têm-se processado com grande lentidão.
Liderança, governação, organização e gestão	Mudanças políticas (ou politicamente motivadas) frequentes sem apropriação das políticas e estratégias de saúde vigentes pelos novos líderes. Política Nacional de Saúde data de 1993. Fraca capacidade de gestão e articulação em todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Instabilidade institucional devido a movimentos frequentes de gestores/administradores. Coordenação inadequada entre o MINSAP, as regiões e os vários parceiros. Modelo excessivamente centralizado. Atual modelo programático verticalizado, funcionando em paralelo fragmenta ainda mais o SNS. Atividade privada não regulamentada. Poucos instrumentos de gestão formalizados: leis orgânicas, visão, missão, legislação, regulamentos, procedimentos, termos de referências dos cargos, entre outros.
Financiamento da saúde	O orçamento regular do MINSAP, das DRS (Direções Gerais de Saúde) e das ES (Estruturas de Saúde) depende maioritariamente do apoio dos parceiros de desenvolvimento. OGE alocado para a saúde é escandalosamente exíguo. Grande parte das ES não têm orçamento de funcionamento, recorrendo a receitas próprias não auditadas de prestação de serviços, vistorias, coimas, multas e outras, criando situações muitas vezes pouco transparentes e sem responsabilização direta.
Recursos humanos	Falta de informação sobre RHS. Desconhecimento e ou desrespeito pelas orientações estratégicas para os RHS em termos de: formação inicial, continuada especializada, de promoção; recrutamento, colocações e retenção; incentivos. Baixa motivação do pessoal devido a equipamentos inadequados e ao atraso frequente no pagamento de salários que por si já são baixos, levando ao múltiplo emprego e à prática de cobranças ilícitas. Faltam instrumentos de gestão de RHS. Profissões da saúde não estão padronizadas. Carreiras não implementadas, com necessidade de atualização. Falta de capacidade para manter supervisão formativa. Instrumentos regulatórios da administração autónoma do Estado (Ordens) não legalizados.
Infraestruturas, equipamentos e produtos de saúde, logística	Fraca institucionalização das aquisições; falta de padronização dos equipamentos e infraestruturas; insuficiência de materiais e equipamentos nas ES; falta de manutenção periódica das infraestruturas e equipamentos; fornecimento irregular de equipamentos médicos, medicamentos e reagentes; desafios na manutenção da rede de frio; gestão de inventário inadequada.

Prestação de serviços	Supervisão irregular; mapa de pessoal mal definido para algumas das ES, em particular as colocadas ao nível de referência nacional; distribuição desigual de RHS em todos os níveis e superlotação na capital; infraestruturas e equipamentos essenciais insuficientes e inadequados para garantir cuidados de qualidade; falha na gestão de mecanismos de comunicação.
Gestão do sistema de informação em saúde	Irregularidade da supervisão, quase ausência da prática de controlo de qualidade de dados; mecanismos de retro informação inadequados; baixo nível de informatização; multiplicidade e não harmonização de instrumentos de recolha de dados; mecanismos de monitorização inadequados ou limitados; fraquezas na análise e disseminação sistemática dos dados. Incapacidade de adoção de inovações por falta de sistema de gestão do conhecimento.

Organização do Sistema de Saúde

Para compreendermos a organização do SS temos que ter noção da organização do mapa sanitário (Caixa 1) e dos setores de prestação de cuidados de saúde:

- **Setor público**, patrimonial, contratual e operacionalmente na dependência direta do Estado, composto por:
 - Serviço Nacional de Saúde sob a direção do MINSAP (Caixa 2);
 - Serviços de saúde militar na dependência do Ministério da Defesa e serviços de saúde prisionais sob o Ministério da Justiça;
- **Setor convencionado** entre a Igreja Católica (a qual assume o património imóvel e tecnológico) ou ONGs e o Estado (o qual coloca recursos humanos e define as políticas e estratégias a seguir);
- **Setor privado** composto por clínicas com internamento, consultórios, postos de enfermagem, farmácias e posto de vendas de medicamentos sem vínculo patrimonial ou contratual ao Estado;
- **Setor tradicional**, ainda por caraterizar.

Caixa 1 – Mapa Sanitário

Do ponto de vista administrativo, a RGB está dividida em **8 regiões de saúde (RS)**: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em **36 setores** e um **Setor Autônomo** (cidade de Bissau, capital política, económica e administrativa do país).

Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, **o mapa sanitário** apresentou-se durante muitos anos com 11 RS, incluindo o Setor Autônomo de Bissau (SAB).

As 11 RS foram, desde sempre, divididas em **114 Áreas de Saúde (AS)** (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo assim, 66% da população ainda vive em 2017 a uma distância superior a 5 km das estruturas de prestação de Cuidados Primários de Saúde (CPS) mais próximas.

Nível comunitário

A revitalização das atividades de saúde de base comunitária estão em implementação há cerca de 4 anos, sendo que neste momento existe praticamente uma cobertura nacional de agentes de saúde comunitária (ASC) já formados de acordo com o Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária 2016-2020. As atividades esperadas, os equipamentos necessários e os incentivos estão bem especificados, embora haja discordância entre parceiros de implementação e o MINSAP sobre o que é comportável em termos de incentivos financeiros. Realça-se ainda a iniciativa de reabilitação de base comunitária pela missão holandesa Kimon, num projeto apelidado de Jedidias.

Serviços de 1º contato

Os serviços que deveriam ser de primeiro contato para a prestação de CPS incluem: 3 tipos de centros de saúde (CS) generalistas - tipos A, B e C, e 4 tipos de centros especializados - Centros de Tratamento Ambulatório (CTA) do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA (PNLS), Centros de reabilitação nutricional (CRN), Centros Materno-infantis (CMI) e o CS mental.

- *Centros de saúde generalistas:* os CS generalistas prestam CPS abrangentes. A nomenclatura A, B e C distingue-os em relação ao pacote de intervenção que lhes foi atribuído (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos CS tipo A), classificados ainda em rurais e urbanos. Em 2014, existiam 123 CS, dos quais 7 do tipo A, 8 do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 108 do tipo C (sem médico, serviços prestados por enfermeiros). Os CS são responsáveis pela implementação do Pacote Mínimo de Atividades (PMA) (Caixa 3). Em março de 2017, 11 CS estavam fechados por ausência de estrutura física em condições aceitáveis. O raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5 km. Com base neste critério, 66% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5 km da estrutura de prestação de CPS mais próxima.

Os mecanismos para aumentar o acesso aos cuidados incluem:

- A estratégia avançada, que envolve saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar o PMA a populações que vivem entre 5 km a 20 km do CS da respetiva AS;
- As equipas móveis envolvem saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar o PMA a populações a mais de 20 km do CS da respetiva AS, prevendo-se a necessidade de se pernoitar nas comunidades visitadas.
- *Centros de saúde especializados:*
Foram criados no mínimo um CTA em cada RS, através do PNLS. Os poucos resultados mostram elevadas taxas de abandono, baixas taxas de seguimento e elevadas taxas de óbito em TARV.
Os CRN e CMI são na sua maioria apoiados pela Cáritas. Por último temos o CS mental Osvaldo Vieira, uma estrutura destruída pela guerra civil e que tenta recuperar o seu estatuto de centro de referência nacional.

Nível secundário dos cuidados de saúde

Existem 5 hospitais regionais (HR) em funcionamento - Bafatá, Catió, Canchungo, Gabú e Mansoa - que prestam cuidados de referência do primeiro nível e cujo diretor faz parte da ERS. A precariedade nos HR é muito semelhante à dos hospitais nacionais. Junto de alguns dos HR existem casas de mães apoiadas pela Cáritas e pelo projeto H4+ de Aceleração do Progresso em Saúde Materna e Neonatal.

Serviços de nível terciário ou nacional

A nível central estão o MINSAP, com Ministro, Secretário de Estado, Secretário-geral, três Direções Gerais, Direções Nacionais/Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes e dois centros especializados de referência nacional: o Centro Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora Dr. Ernesto Moreira. Estes estabelecimentos encontram-se todos na capital onde se concentra a maior densidade de camas hospitalares.

Não está definido um quadro de referência e contra referência entre as estruturas sanitárias. Os doentes têm acesso direto aos serviços, ou pela urgência ou pelo ambulatório. Como a procura é inadequada os cuidados prestados não correspondem necessariamente ao nível de diferenciação terciária. A inadequação dos cuidados prestados deve-se também a respostas inadequadas para um nível terciário por falta de recursos humanos especializados, falta de equipamento necessário ou ainda pela existência de equipamentos por instalar ou sem pessoal competente para os utilizar. Esta precariedade está associada a irregularidade nos aprovisionamentos de material clínico-cirúrgico, reagentes, fichas e instrumentos de gestão, à falta de manutenção dos equipamentos, a atrasos no desembolso de fundos de manuseio por parte das entidades responsáveis levando à falta de motivação do pessoal, à baixa produtividade e à erosão das competências técnicas.

Caixa 3- Pacote Mínimo de Atividades (PMA)

O PMA é da responsabilidade dos CS nas 114 AS do país, estando definidas as atividades entre os CS os ASC, e é composto por cinco grupos de atividades:

- Atividades curativas,
- Atividades preventivas,
- Atividades orientadas para a população – comunicação e promoção da saúde –,
- Estratégia avançada e
- Atividades de apoio.

A definição do PMA implicou a adoção de critérios de dotação mínima do pessoal técnico e a definição das normas de funcionamento das próprias infraestruturas. O pacote mínimo em si, tal como definido, continua a parecer atual e adequado, à exceção de algumas correções que podem ser introduzidas, concretamente na área da saúde da mãe, do recém-nascido e no tratamento anti-retroviral.

3.1.4. Resultados

Planeamento estratégico no MINSAP

Apesar de ser reconhecido que o PE, quando avaliado de acordo com objetivos e metas pré-definidas, tem uma baixa taxa de execução, ele tem valor enquanto procedimento complexo, participado e mobilizador de todos os quadrantes da sociedade. O PE contribui para ganhos em conhecimento (sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes) e para a difusão desse conhecimento de uma forma generalizada e direcionada, obtendo consensos e legitimação da visão estratégica proposta e clarificando áreas prioritárias para concentração de recursos e esforços ⁴.

Em diversos países existe um interesse renovado nos processos de PES, como instrumento para ultrapassar a insatisfação com a fragmentação dos sistemas, com a aparente retirada progressiva do Estado do setor da saúde, com as crescentes desigualdades no acesso e nos resultados em saúde. A nível global, o reconhecimento das dificuldades nacionais, as desigualdades entre países e a consciência crescente de diversos estrangulamentos estruturais, despertou o interesse “num plano, num mecanismo de financiamento e num quadro de referência para monitorização e avaliação” ⁵.

O PES começou a emergir desde a década de 1990, fortemente impulsionado pela *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* ⁶ e, mais recentemente, pela *Health 21 – Health for All in the 21st Century* ⁷.

A gestão estratégica do SS da RGB foi, até março de 2017, orientada por uma Política Nacional de Saúde (PNS) adotada e aprovada em 1993. Esta enquadrava, ao longo dos tempos, diversas políticas temáticas (PT) e orientou a elaboração de dois PNDS. A extensão do primeiro PNDS foi enquadrada pelo primeiro Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP I 2004 - 2007) ⁸ e o segundo PNDS pelo DENARP II (2011-2015) ⁹. As PT e os PNDS enquadram os Planos Estratégicos Nacionais (PEN) temáticos e os respetivos programas e projetos.

O terceiro PNDS será orientado pela PNS adotada em Março de 2017, pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo (Terra Ranka) (2015-2025) ¹⁰ e pelas recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014.

A figura 7 reflete o quadro lógico dos documentos orientadores da gestão estratégica do setor da saúde no momento atual, sendo feita de seguida uma resenha histórica do PES na RGB, antecedendo a descrição dos aspetos processuais de elaboração dos PNDS.

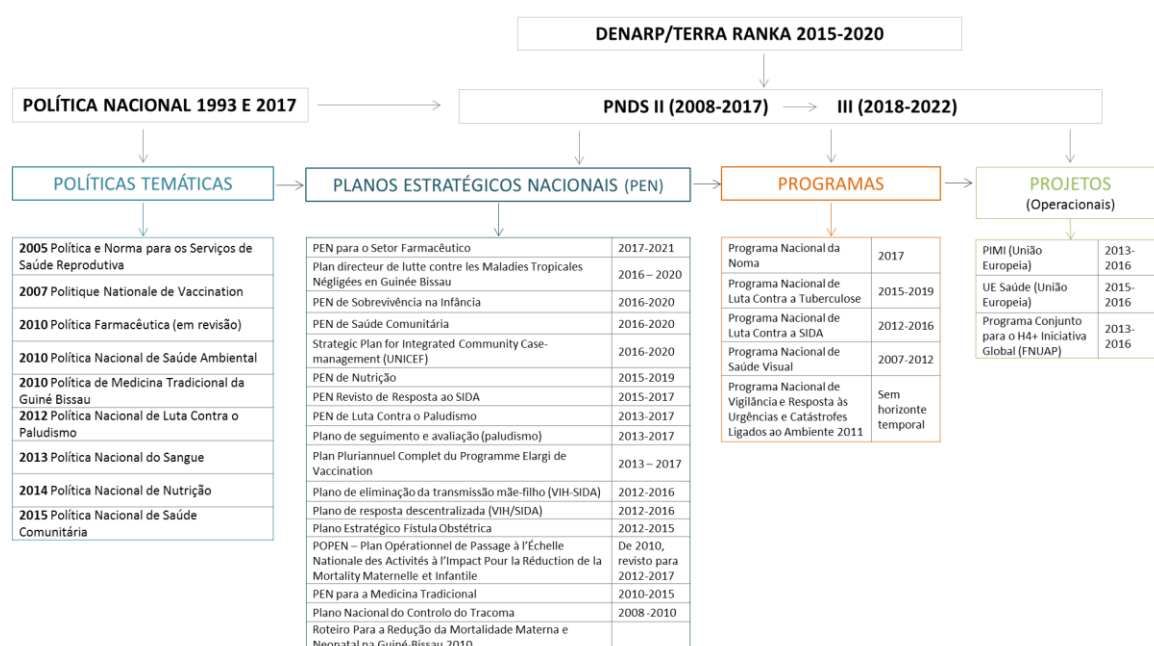


Figura 7- Quadro Lógico dos documentos orientadores da gestão estratégica do setor da saúde

Perspetiva histórica

Depois do golpe militar de 1980, o regime militar perdurou até 1984, ano em que uma nova Constituição foi aprovada, fazendo o país retornar a um regime civil, evoluindo em direção

à democracia multipartidária no começo dos anos 90 com a cessação da proibição de partidos políticos em 1991 e eleições multipartidária em 1994.

Como reconhecido na literatura ^{11,12}, estes momentos de mudança política, criam oportunidades para reformas que, na RGB levaram ao abandono do planeamento normativo, protagonizado em 1984 pelo então denominado Ministério da Coordenação Económica e Plano. Os diferentes setores, em especial a saúde, viram-se então livres para desenvolverem uma abordagem própria.

Na sequência de um Programa de Reforço da Gestão Sanitária (PRGS) de 1990 do MINSAP, foi adotada uma abordagem de planeamento tipo *bottom up*, muito participativo e consensual com todos os atores implicados. Este período de planeamento decorreu em pleno Programa de Ajustamento Estrutural¹³, momento em que um planeamento de desenvolvimento geral deixou de existir no País, só sendo retomado com a elaboração do DENARP I, no segundo milénio.

O primeiro PNDS ¹⁴ surgiu no contexto de uma PNS de 1993 orientada por princípios de consolidação dos CPS, de melhoria do acesso aos serviços de saúde, de distribuição equitativa dos recursos, de qualidade da prestação de cuidados, de descentralização do SNS, de definição e desenvolvimento de uma estratégia para os recursos humanos e de uma melhor colaboração intersectorial. Foi o primeiro exercício de planeamento estratégico no setor da saúde em todo o país, sendo apresentado numa mesa redonda setorial de 1997 para obter apoios financeiros dos doadores.

A partir do PNDS I a função de planeamento assumiu um papel estruturante na gestão estratégica do MINSAP ¹⁵. O PNDS I constituiu um quadro de referência para as atividades e ações de desenvolvimento sanitário no período de 1998 a 2002. No entanto, a execução do PNDS ficou, por um lado, comprometida mas, por outro, manteve o seu caráter de um plano estruturante, com orientações claras, com objetivos, estratégias e ações devidamente especificadas. Sobrevivendo à instabilidade político-militar, o PNDS I foi revisto para o horizonte temporal de 2003 a 2007, de modo a permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser implementadas.

Surgiu entretanto a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, especificada no DENARP I (2004-2007), alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), tendo por objeto a eliminação da pobreza. Foi identificada a necessidade de uma abordagem

abrangente que tomasse em conta tanto os aspetos económicos, sociais e institucionais assim como culturais e ambientais.

A avaliação do PNDS I em 2007 permitiu concluir que, de um modo geral, houve ligeira melhoria dos indicadores. No entanto os objetivos traçados pelo PNDS I, mesmo com a extensão do período de sua vigência para mais 5 anos, não foram alcançados devido a:

- Instabilidade político-militar,
- Instabilidade administrativa^d,
- Baixa contribuição do Orçamento Geral do Estado (OGE) para o financiamento da saúde que manteve a dependência quase total do exterior,
- Fraca capacidade de gestão a todos os níveis (administração central, regional e local, comunidades e sociedade civil),
- Dificuldades na concretização da estratégia de descentralização que impediu que as regiões sanitárias (RS) tivessem autonomia de planificar e executar atividades de forma autónoma ¹⁶.

É neste contexto que o MINSAP se envolveu na elaboração do PNDS II, com a expectativa de dar resposta aos objetivos traçados no quadro do DENARP e aos desafios encontrados na avaliação.

O PNDS II, enquadrado no DENARP I, foi pensado como um projeto de desenvolvimento socioeconómico, de forma a assegurar a obtenção de “Ganhos em Saúde” de 2008 a 2017. As condicionantes associadas à implementação do PNDS I, mantiveram-se idênticas para o PNDS II. O pouco que se avançou foi orientado por um plano de operacionalização do PNDS II, preparado pelo MINSAP com o apoio dos parceiros ¹⁷, para os direcionar nas suas intervenções na área da saúde materno-infantil. É também de realçar o esforço da Escola Nacional de Saúde (ENS) e da Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez, que permitiu ultrapassar as metas do PNDS II para o número de enfermeiros e de médicos por 10 000 habitantes. A ameaça do Ébola nos países vizinhos reforçou os investimentos nos sistemas de vigilância, alerta e resposta rápida ¹⁸.

^d Termo utilizado para referir a constante mudança na gestão de topo dos órgãos do MINSAP e estruturas ligadas ao PNDS.

Os eixos do PNDS II em que se observaram menos progressos foram o da governação e de infraestruturas e equipamentos. Nos outros eixos (medicamentos, colaboração intersectorial e promoção da saúde, monitorização e avaliação e cuidados essenciais e de referência) observaram-se um conjunto de iniciativas em progresso, geralmente sem se alcançarem as metas propostas ¹⁸.

Em 2011, e com horizonte temporal até 2015, foi adotado o DENARP II ⁹. Em 2015, não tendo sido adotado um novo DENARP, este foi substituído pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo eleito em 2014 (Terra Ranka) (2015-2025).

As estratégias de desenvolvimento nacional encontram-se sintetizadas na caixa 4 e os temas de saúde presentes no Plano Estratégico e Operacional Terra Ranka no quadro 1.

Caixa 4 - Estratégia de Desenvolvimento Nacional

As estratégias de desenvolvimento nacional foram, no passado, operacionalizadas nos DENARP e atualmente no Plano Estratégico e Operacional Terra Ranka.

Os DENARP constituíram o quadro de referência para a planificação estratégica, programação e orçamentação das ações de desenvolvimento, assim como para o diálogo com os parceiros técnicos e financeiros externos. Foram os instrumentos de operacionalização das grandes prioridades nacionais, definidas na Visão Prospetiva do Desenvolvimento, denominada «Guiné-Bissau 2025 Djitu Ten», adotada pelo Governo em 1996. Este documento constituiu o quadro de referência para a planificação estratégica, programação e orçamentação das ações de desenvolvimento, assim como para o diálogo com os parceiros técnicos e financeiros.

A estratégia definida articulava-se à volta de quatro eixos estratégicos:

1. Fortalecer o Estado de Direito e as Instituições Republicanas,
2. Assegurar um ambiente macroeconómico durável e incitativo,
3. Promover um desenvolvimento económico durável e inclusivo,
4. Aumentar o nível de desenvolvimento do capital humano.

O primeiro DENARP vigorou de 2006 a 2008, enquanto o DENARP II de 2011 a 2015. Além da diferença de horizonte temporal, o DENARP II distinguiu-se ainda do primeiro em virtude do seu quadro de operacionalização, os Planos de Ação Prioritários (PAP), destinados a implementar as metas traçadas pelos diferentes Ministérios sectoriais – o PNDS II, no caso da saúde.

Através do **DENARP I**, a RGB fixou objetivos ambiciosos de desenvolvimento económico e social:

- Desenvolver as infraestruturas de apoio à produção,
- Atingir uma taxa média anual de crescimento de pelo menos 5% durante o período,
- Limitar a taxa de inflação média anual a 3%,
- Reduzir a incidência de pobreza de 68,5% em 2005 para 65,9% em 2008 e 64,1% em 2010,
- Assegurar a expansão e a melhoria de acesso à educação para a universalização do ensino de base,
- Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 122 por mil em 2004 para 104,5 em 2008,
- Reduzir a mortalidade infantojuvenil,
- Reduzir a mortalidade materna.

No final do ano 2006 realizou-se em Genebra a conferência internacional de doadores na base do DENARP I. Os compromissos assumidos pelos parceiros internacionais não foram concretizados. O Governo reconhece que os objetivos do DENARP I não foram alcançados. Com base nas lições aprendidas foi elaborado o DENARP II.

O principal objetivo do **DENARP II** era reduzir a pobreza nas suas múltiplas dimensões, para criar mais oportunidades de rendimento, de emprego e melhorar o acesso aos serviços públicos básicos de qualidade num Estado de direito reforçado. Outros objetivos importantes eram a redução da insegurança alimentar, da mortalidade infantil, juvenil e materna, a eliminação da desigualdade estrutural entre homens e mulheres, assim como o aumento anual do crescimento económico, do acesso à água potável e do fornecimento de eletricidade, entre outros.

A estratégia definida no DENARP II articula-se à volta de quatro eixos principais:

1. Fortalecer o estado de direito e as instituições republicanas;
2. Reformar a administração e melhorar a gestão das finanças públicas;
3. Promover o desenvolvimento económico durável;
4. Melhorar a qualidade de prestação de serviços nos sectores sociais.

O DENARP II definiu também um dispositivo de monitorização e avaliação, com o respetivo orçamento, instrumentos inexistentes no DENARP I.

“Guiné-Bissau 2025 Djitu Tem” foi substituído em 2014 por “**Guiné-Bissau 2025 Plano Estratégico e Operacional 2015-2020 «Terra Ranka»**” documento que orienta a elaboração do PNDS III e que foi a base da conferência internacional de doadores em 2015.

Quadro 1 – Temas de saúde na estratégia do Governo até 2025

Pilotagem e gestão do sistema de saúde	Cuidados de saúde de qualidade
	Definição de políticas e estratégias do setor e mapa sanitário
	Definição de normas e procedimentos
Desenvolvimento de infraestruturas de qualidade	Requalificação do espaço do antigo hospital 3 de Agosto
Medicamentos e produtos	Reforço dos mecanismos de aquisição de medicamentos
Programas de saúde prioritários	Projeto do Secretariado Nacional de Luta Contra o SIDA
	Prevenção e Luta Contra o Paludismo
	Prevenção e Luta Contra a Tuberculose
	Programa de seguimento e desenvolvimento de saúde e nutrição na infância
	Reforço dos serviços de saúde e da qualidade da prevenção contra o VIH
	Prevenção e Luta Contra o VIH / Sida
Programas dos jovens	Saúde reprodutiva dos jovens
Programa integrado de turismo nos Bijagós	Programa integrado de infraestruturas e desenvolvimento humano (eletricidade, telecomunicações, CS, escola, centro de formação profissional)

Em Outubro de 2014 realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde da qual emergiram recomendações que se tornaram fundamentais no processo de planeamento que se seguiu (caixa 5).

Caixa 5 - Recomendações da 1ª Conferência Nacional de Saúde

<ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborar e implementar a Lei de Bases do Sistema de Saúde; ○ Rever a política nacional da saúde e o PNDS II; ○ Atualizar o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde (PNDRHS); ○ Mobilizar recursos financeiros para a implementação do PNDS II e PNDRHS II; ○ Elaborar a política da gestão e manutenção das instalações e equipamentos de saúde; ○ Elaborar regulamentos para o funcionamento das ES; ○ Criar uma Agência Nacional da Vigilância Sanitária; ○ Atualizar o mapa sanitário; ○ Adotar e aprovar o projeto dos estatutos do Hospital Nacional Simão Mendes no Conselho de Ministro; ○ Redefinir a constituição da Equipa Regional da Saúde (seus integrantes);

- Coordenar as atividades dos programas em diferentes níveis de implementação (central, regional e local);
- Assegurar a Implementação efetiva e contínua do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde nas estratégias avançadas nas AS de difícil acesso;
- Garantir o transporte para as evacuações das grávidas e doentes principalmente nas RS de difícil acesso e nas ilhas;
- Recuperar os centros de saúde (CS) em estado de degradação;
- Requalificar e redefinir os postos sanitários;
- Equipar as estruturas de saúde de acordo com as suas características (Hospitais de Referência, CS tipo A, B e C);
- Dotar os Hospitais de equipamentos de diagnósticos adequados;
- Formar e especializar os trabalhadores em quantidade e qualidade suficientes;
- Assegurar a continuidade da procura das estruturas de prestação de serviços e dos cuidados através da mobilização social;
- Elaborar e implementar o regulamento e estatutos para cada nível de prestação de cuidados de saúde;
- Assegurar o investimento nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (reabilitação e equipamentos e materiais médicos);
- Implementar a carreira dos trabalhadores de saúde (revisão de critérios de enquadramento);
- Rever as formas de incentivos dos técnicos colocados nos locais de difícil acesso;
- Implementar os mecanismos previstos no estatuto disciplinar relativamente à responsabilização dos técnicos;
- Criar um gabinete de contencioso junto à Inspeção-geral para Assuntos da Saúde (IGAS) e descentralizar os Serviços da Inspeção para as RS;
- Responsabilizar os trabalhadores da Saúde pelos seus atos profissionais na emissão das juntas médicas falsas;
- Criar um gabinete de coordenação das atividades das ONG's que intervém na área da saúde;
- Regulamentar a atuação das ONG's no domínio da saúde;
- Implicar as Direções Regionais de Saúde na coordenação e supervisão das atividades das ONG's;
- Reforçar a Coordenação com os parceiros;
- Fazer funcionar o centro da telemedicina;
- Rever os acordos de evacuação de pacientes e identificar novos parceiros;
- Rever o regulamento de funcionamento de Junta Médica Nacional;
- Facilitar a junta médica para os trabalhadores da Saúde;
- Criar centros de acolhimentos em Lisboa para os doentes evacuados;
- Regulamentar o funcionamento da comissão nacional da junta médica (com participação de todos os intervenientes no setor);
- Criar mecanismo de parceria de evacuação dos utentes aos países de Sub-Região;
- Rever o acordo de parceria assinado com Portugal no domínio da evacuação de doentes.

É neste contexto, e no ano a seguir à adoção dos objetivos de desenvolvimento sustentável, que emergem a vontade e a necessidade de elaborar o PNDS III 2018-2022. Esta elaboração teve em conta as recomendações indicadas como prioritárias por uma assistência técnica internacional (ATI) de 2015¹⁸, concretamente que:

- A autoridade e liderança do MINSAP saíssem reforçadas. O PNDS III deveria ser claro nas orientações para o conseguir.
- O financiamento e sustentabilidade do sistema fossem objeto de propostas bem refletidas.
- A organização do SS e do MINSAP beneficiasse de estabilidade legal e estatutária (elaboração e aprovação de uma lei de bases da saúde).
- As exigências jurídicas do reforço do SS sugeriam a necessidade de equipar um Gabinete Jurídico no MINSAP com juristas formados em direito sanitário.
- A organização do sistema deveria ser objeto de orientações precisas, alinhadas com uma maior autonomia para as RS, o HNSM e algumas outras instituições do nível central (Central de Compra de Medicamentos Essenciais - CECOME).
- A descentralização e a autonomia, entres outras razões, obrigam a rever o mapa sanitário do País.
- Se sustentem os ganhos programáticos observados, realcem as respostas necessárias para melhorar a saúde materna e neonatal, melhorar as respostas às doenças que exigem evacuação para o estrangeiro e fortaleçam as recomendações referentes à diminuição das desigualdades em saúde, implicando um forte investimento em meios complementares de diagnóstico e na formação das equipas para os fazer funcionar.
- Seja promovida a formação dos recursos humanos da saúde (RHS) no país (inicial e pós-graduada), a qualidade dos quadros formados, a inserção numa carreira digna e dinâmica, a colocação e retenção onde são necessários, o trabalho dentro de equipas com competências complementares e a aprendizagem ao longo da vida
- Se realçasse a avaliação do desempenho e que a recompensa pelo bom desempenho seja reforçada.
- A logística seja uma prioridade do PNDS III.

- Se valorize o desenvolvimento de serviços sustentáveis de manutenção dos edifícios, do parque automóvel, dos equipamentos médicos, dos painéis solares etc.
- Se continue a investir no desenvolvimento de um sistema de informação de saúde harmonizado e funcional, alinhado com as recomendações da Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS).
- Se garanta a inclusão, no próprio PNDS III, de um plano de avaliação e monitorização.
- Uma política de colaboração com os parceiros seja consensualizada e implementada de forma a aumentar a eficiência das intervenções e a garantir a sua sustentabilidade.

Uma missão da OOAS em 2016 reconheceu “A pertinência de um novo plano estratégico, a sua adequação ao novo contexto internacional e regional em matéria de saúde pública, às orientações políticas internas e às novas realidades sociodemográficas do País”.

Entre fevereiro e abril de 2017 foi conduzido por um dos autores um diagnóstico da situação de saúde na RGB que ajudou a estabelecer as prioridades para o PNDS III.

Em abril de 2017 validou-se uma nova PNS, depois de um processo que se arrastava desde 2009. Esta PNS dá orientações preciosas para a elaboração do PNDS III.

Processos de elaboração dos PNDS

Estes processos são abordados para cada um dos três períodos em consideração.

PNDS I

No contexto do PRGS foi treinada uma equipa de "Animadores" em planeamento e gestão. Este treinamento desenrolou-se no MINSAP com o apoio de técnicos da OMS-Genebra no âmbito do então chamado programa "*Intensified Cooperation with Countries*". Depois da formação, constituiu-se a Rede de Animadores do PRGS com tarefas específicas de formar as Equipas Regionais de Saúde (ERS) em planeamento e gestão. Para isso deslocavam-se periodicamente às RS de acordo com um plano de atividades aprovado pelo MINSAP juntamente com a OMS. Os resultados do PRGS foram:

- Criação de equipas a nível regional;
- Desenvolvimento de uma certa polivalência entre os membros das equipas;
- Trabalho em equipa na resolução dos problemas percebidos como prioritários para o desenvolvimento sanitário da respetiva região;
- Planos operacionais bem elaborados nas RS implicadas;
- Associação estreita dos parceiros locais ao processo, o que teve frequentemente um impacto muito positivo sobre os recursos disponíveis nas regiões (integração de certas atividades, como a formação contínua e a supervisão do pessoal dos centros de saúde);
- Reorganização dos sistemas de saúde regionais criando a necessidade de uma certa harmonização.

O PRGS não conseguiu ultrapassar o grau de autoridade e autonomia muito limitado das RS.

Na sequência destes resultados, iniciou-se em 1993 no MINSAP a reflexão sobre a melhor maneira de gerir o próprio sistema nacional de saúde. Ao Departamento de Planeamento e Cooperação Internacional foi incumbida a tarefa de pilotar o processo de elaboração do PNDS orientado para o setor público da saúde. As finalidades incluíam:

- Garantir as disponibilidades financeiras para se cumprir a totalidade das obrigações relativamente à prestação de cuidados de saúde;
- Definir objetivos que não fossem quase exclusivamente destinados à resolução dos problemas mais urgentes;
- Melhorar a integração e coordenação na gestão dos serviços de saúde e a participação dos setores afins;
- Diminuir e/ou erradicar disparidades entre RS no acesso a recursos;
- Melhorar a motivação do pessoal.

As principais etapas deste processo foram:

- I. Realização de um seminário para a elaboração do Manual de Planeamento. Neste seminário participaram os Animadores da Rede do PRGS, alguns membros das ERS e responsáveis de alguns Departamentos do MINSAP: o de Planeamento e Cooperação, da Saúde Pública, o dos Recursos Humanos, da

Epidemiologia e dois técnicos superiores do Ministério do Plano e Cooperação Internacional. A metodologia do planeamento foi apresentada e discutida pelos participantes com um enquadrador da OMS-Genebra. Ao fim de cinco dias de trabalho, a equipa de redação constituída (Grupo de Consolidação) trabalhou sobre o Manual, editando uma versão preliminar que foi distribuída aos participantes para apreciação e comentários. Recebidas as contribuições, editou-se a versão final que se multiplicou em exemplares suficientes que foram depois distribuídos aos serviços centrais e regionais de saúde.

- II. Criação no MINSAP, no Departamento de Planeamento e Cooperação, de uma equipa denominada Grupo de Consolidação do PNDS coordenado por um Coordenador que reportava ao Diretor-geral do Planeamento. O Grupo de Consolidação tinha por tarefa não só redigir o PNDS mas também dar orientações metodológicas às diferentes equipas envolvidas no processo de planeamento. Por exemplo, apoiaram as regiões no desenvolvimento dos seus Perfis Sanitários, Análise da Situação, Estabelecimento de Prioridades, Objetivos, Estratégias, Indicadores de Avaliação, Cronogramas de Atividades e Orçamento. Durante este período sentiu-se muitas vezes a necessidade de recrutar assistência técnica (AT) do exterior. Assim, realizaram-se missões de especialistas nos domínios de Economia da Saúde, do Sistema de Informação, de Informação, Educação e Comunicação (IEC), Recursos Humanos, Administração Hospitalar e dos Programas de Luta contra as Doenças Transmissíveis (Paludismo, Tuberculose, Oncocercose, VIH/SIDA), Materno-Infantil e Engenharia Sanitária e Saneamento.
- III. Depois de esboçados os Planos Regionais de Saúde, foi organizado e realizado um Primeiro Seminário. Nele tomaram parte as ERS, os representantes das organizações de cooperação, os responsáveis dos Hospitais e dos Programas Nacionais. Foi um Seminário Intrassectorial durante o qual os participantes discutiram até ao pormenor o "O diagnóstico do Sector da Saúde". Depois deste Seminário, os pontos de consenso foram utilizados para a elaboração do Tomo I do PNDS, contendo duas partes: a primeira sobre o "O Diagnóstico da Situação" e a segunda, sobre "O Resumo do Perfil Sanitário, Prioridades e Estratégias Fundamentais".

- IV. Outros seminários e reuniões foram intercalados e realizados para debates de áreas da saúde mais complexas. Assim, realizaram-se seminários sobre "O Sistema de Saúde no Sector Autónomo de Bissau (a capital), "O Desenvolvimento dos Recursos Humanos" e "A Coordenação da Ajuda Externa e Negociação". Realizou-se também um seminário com a participação de todos os Diretores-gerais dos Ministérios das Finanças, da Função Pública e Trabalho, dos Negócios Estrangeiros, do Plano e Cooperação Internacional, da Educação Nacional, das Mulheres, do Desporto, do Turismo, da Cultura, das Águas, Indústria, da Agricultura, da Pesca, do Comércio, do Interior, da Justiça e da Informação. Depois, fez-se uma reunião com os representantes das Agências Internacionais e de Cooperação Bilateral e Multilateral: a OMS, o FNUAP (Fundo de População das Nações Unidas), a UNICEF, o PAM (Programa Alimentar Mundial), o Banco Mundial, o PNUD, a Suécia, a França, Portugal, a China (Formosa), os Países Baixos e a Dinamarca.
- V. Com as contribuições obtidas de todos os participantes implicados, elaborou-se o Tomo II do PNDS: O PNDS 1997-2001. Este Tomo continha: Objetivos, Estratégias e as Atividades Principais; Organização do Sistema Nacional de Saúde; Organização das Regiões e a dos Cuidados Diferenciados a Nível Central; Especificidades Regionais; O Apoio Operacional do Nível Central às Regiões; Desenvolvimento e Formação dos Recursos Humanos; IEC e Colaboração Intersectorial; a Gestão do PNDS a Nível Nacional; O Orçamento 1997-2001.
- VI. O Grupo de Consolidação fez a revisão dos documentos, a sua validação intergovernamental num seminário para os Diretores-gerais dos outros Ministérios (realizada em Fevereiro de 1997), e a sua apresentação ao Ministro que inscreveu o seu debate num dos Conselhos de Ministros. Finalmente a versão foi preparada e distribuída a todos os intervenientes no Processo. A Consulta Sectorial foi organizada com a comunidade dadora de fundos para a apresentação e aprovação do Plano. Foi assim que o PNDS foi aprovado em 1997.

O PNDS previa um órgão consultivo para a área de planeamento, o Comité de Gestão, cuja finalidade seria preparar o parecer técnico sobre os planos operacionais e estratégicos das RS, dos serviços centrais e das instituições personalizadas, para além do parecer sobre os acordos de cooperação. A composição deste Comité ilustra bem a especificidade dos relacionamentos no sistema. Assim, os membros permanentes seriam os dois Diretores-gerais, o Diretor dos Cuidados Primários de Saúde, dos Serviços de Higiene e Epidemiologia, dos Recursos Humanos, da Administração e Finanças, da Planificação e da Coordenação da Ajuda Externa. Os não permanentes viriam das Direções Regionais, das outras Direções de Serviço ou dum dos Serviços conforme a agenda da respetiva sessão.

As informações foram obtidas do Serviço de Epidemiologia ou de estudos, inquéritos, sondagens e entrevistas.

Durante a elaboração do PNDS existiu um orçamento próprio destinado à contratação da AT em vários domínios, aquisição de recursos materiais e reforço da logística.

A abordagem foi-se assim diferenciando daquilo que acontecia nos anos 80, quando o Ministério do Plano, através dos Gabinetes de Estudos e Planeamento setoriais, solicitava o envio de informações e depois enviava o formato para a elaboração das necessidades do MINSAP, só depois incorporando o Sector Saúde no Plano Quadrienal de então. Organizava-se então uma consulta com os financiadores onde tomavam parte todos os setores. Decidia-se o futuro dos beneficiários sem que estes tivessem algo a dizer. A abordagem desenvolvida pelo MINSAP, embora não tenha abrangido suficientemente o leque da população, foi considerada uma abordagem *bottom-up*, participativa e abrangente.

Todo este processo demorou sete anos, três dos quais na elaboração do PNDS.

A este processo esteve acoplado o planeamento da força de trabalho da saúde da RGB (Caixa 6).

Caixa 6- Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS)

No passado não existiram planeamento e gestão de recursos humanos (RH) da saúde por várias razões, entre elas:

- A prioridade dada aos RH limitava-se a aspetos de produção da força de trabalho através da sua formação;
- O desenvolvimento de uma verdadeira política de RH, os processos de planeamento e, mesmo, as decisões sobre medidas institucionais de gestão de RH, nunca foram objeto de grande atenção.
- O Departamento responsável pelos RH, o qual teve diversas designações e posições na orgânica do MINSAP ao longo dos anos, ocupava-se sobretudo das tarefas impostas pela administração corrente, não organizando os aspetos mais elementares da informação sobre os efetivos, como é o caso do arquivo dos documentos de contratação ou dos documentos elementares de identificação, em processos individuais.
- Ausência de definição do SS (funções dos diferentes níveis, do PMA e da carga de trabalho);
- Funções e autoridade da DRH pouco claras.

A implementação de um sistema de informação e a disponibilidade de meios informáticos adequados, bem como um grande esforço coletivo para inventariar a situação, tornou possível a obtenção de dados utilizados na elaboração de um 1º PNDRHS.

A implementação destes Planos foi cerceada pelo conflito político-militar de 1998 e pela instabilidade que desde então se instalou no País. No entanto, os dois tomos do PNDS I (e um documento síntese de divulgação) e o do PNDRHS foram amplamente divulgados e mantiveram-se, até hoje, referências de trabalho para muitos dos dirigentes do sistema de saúde guineense.

PNDS II

Para a efetivação do processo de elaboração do segundo PNDS, o MINSAP contou com o apoio dos técnicos nacionais, com a participação ativa das Regiões, tendo também recorrido a AT e financeira dos organismos e agências internacionais parceiros, nomeadamente OMS, FNUAP, UNICEF, Fundação Calouste Gulbenkian, Banco Mundial e a Cooperação Francesa. A Cooperação Portuguesa através do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

(IHMT) prestou apoio técnico ao processo de avaliação do PNDS I, de revisão final do documento do PNDS II, assim como à redação do anexo referente ao segundo Plano Nacional de Desenvolvimento de RHS ¹⁹ e sua orçamentação.

Neste quadro, estive no país de 12 a 19 de Janeiro de 2007, a primeira missão conjunta da OMS e UNICEF de apoio ao lançamento do processo de elaboração do PNDS II, cuja finalidade foi discutir, com as autoridades nacionais, o estabelecimento de um calendário de ações de curto prazo (8-9 meses) até à obtenção do documento final e sua apresentação formal numa Consulta Setorial com todos os parceiros de desenvolvimento. A missão tinha como objetivos proceder ao lançamento formal do processo a nível nacional; definir mecanismos de apoio às RS e Programas; estabelecer etapas e adotar um calendário integrado com todas as ações; e estimar as necessidades financeiras e em AT permanente e intermitente para o suporte de todo o processo.

Outras quatro missões de apoio técnico foram realizadas, tanto nas áreas de conceção e desenvolvimento do PNDS, como na área de orçamentação do referido plano.

Em termos organizacionais e de liderança do processo, foi criado um Comité de Pilotagem baseado na estrutura que pilotou todo o processo do primeiro DENARP. O Comité de Pilotagem do PNDS II foi presidido pelo Ministro da Economia e Integração Regional, com o envolvimento ativo do Ministério das Finanças. Fizeram parte deste órgão todos os parceiros nacionais e internacionais, bilaterais e multilaterais interessados nas questões de saúde e desenvolvimento. Sendo o Comité de Pilotagem uma estrutura de decisão política, foi criada uma Comissão Técnica Nacional de Coordenação, cuja composição e atribuições foram definidas por um despacho da Ministra da Saúde Pública. A Comissão Técnica foi presidida pelos dois Diretores-gerais do MINSAP e fizeram parte dela, além dos diretores nacionais dos serviços técnicos deste ministério, a Unidade de Coordenação do DENARP junto do Ministério da Economia e parceiros técnicos e financeiros (OMS, FNUAP e UNICEF). Como estruturas mais operacionais e de trabalhos técnicos foram criados quatro grupos temáticos com os respetivos termos de referência, cabendo a cada grupo a recolha de informação necessária para a análise da situação e, em seguida, a proposta de estratégias e objetivos para os anos vindouros. Os grupos temáticos definidos foram:

- I. *Grupo temático I:* Prestação de Serviços e Emergências (Prestação de Serviços, Instalações, Equipamentos e Medicamentos, Promoção da Saúde (IEC), Saúde Ambiental e Emergências);
- II. *Grupo temático II:* Administração Geral (Governança), Sistema de Informação Sanitária (SIS) incluindo pesquisa no sistema de saúde e Monitorização & Avaliação (M&A);
- III. *Grupo temático III:* Financiamento da Saúde e Parcerias (Análise Macroeconómica, Social, Política; Parcerias);
- IV. *Grupo temático IV:* Recursos Humanos (Políticas, Gestão, Formação e Sistema de Informação de pessoal).

Sendo um trabalho participativo, com produção de informação por parte de cada grupo, sentiu-se a necessidade de consolidação e harmonização de todos esses trabalhos de grupo. Foi assim que surgiu a necessidade de uma maior gestão prática de todo o processo de desenvolvimento do documento de PNDS II até ao seu produto final, o que levou a Comissão Técnica a propor a criação, no seu seio, de um pequeno grupo composto por três técnicos o qual passou a designar-se de “Grupo de Consolidação (GC) do PNDS II” tido, a partir desse momento, como uma estrutura operacional e permanente da comissão técnica. O GC passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias. Foi conseguida uma maior abertura à participação de mais pessoas e organizações na sua conceção e realização como forma de promover uma maior responsabilização de todos os interessados/envolvidos.

Foi consensual que a Análise da Situação Sanitária, a definição dos Objetivos e as Opções Estratégicas se fizessem em conformidade com o DENARP I, enquanto documento orientador da estratégia de desenvolvimento nacional (ver caixa 4).

Todo o processo de elaboração do PNDS II teve em conta a mudança do contexto no financiamento da saúde (pós Programa de Ajustamento Estrutural), dos recursos disponíveis devido à redução da dívida pública e às expectativas e oportunidades oferecidas pelos grandes parceiros, bem como as modalidades de apoio estabelecidas no quadro de cooperação a diferentes níveis, incluindo o apoio direto ao Orçamento Geral do Estado.

O Governo assumiu a liderança de todo o processo, traduzido pela presença da Ministra da Saúde nas reuniões técnicas da Comissão de Coordenação e pela direção do Ministro da Economia das reuniões do Comité de Pilotagem.

As principais etapas do trabalho foram: Análise da Situação, Determinação dos Objetivos, Prioridades e Estratégias, estimativa dos recursos necessários, adoção do Plano pelo Governo e pela Assembleia Nacional Popular e sua divulgação entre os parceiros e sociedade civil.

A validação do PNDS II foi feita em dois momentos: a validação da Análise da Situação, dos Objetivos e escolha das Estratégias pela comissão técnica com a participação de todas as RS e parceiros técnicos do MINSAP; e a validação do Documento Final pelo Comité de Pilotagem.

O processo durou cerca de 1 ano. A este processo esteve associada a elaboração do segundo PNDRHS ¹⁹, que foi concebido como um anexo técnico do PNDS II ³.

Na sequência da crise política de dezembro de 2008, nunca foi formalmente adotado pelo Conselho de Ministros. Foram publicados cerca de 100 cópias em papel pela OMS para divulgação do documento, o qual se manteve maioritariamente desconhecido dos dirigentes do setor. Mesmo assim, com o apoio do Banco Mundial e do GAVI-RSS, desenvolveu-se, a partir de 2009, um processo de Planeamento Regional e de elaboração de uma nova PNS, processos que foram abortados pelo golpe de Estado de abril de 2012.

PNDS III

A elaboração do PNDS III decorre em paralelo com a realização do presente trabalho, num momento de crise política que envolve a falta de diálogo entre as forças políticas e entre os órgãos do Estado.

Para a elaboração do PNDS III, o MINSAP conta com o apoio participativo dos técnicos nacionais, das RS, tendo também recorrido a AT – três AT, duas nacionais e uma internacional - e financeira dos organismos e agências internacionais parceiras, nomeadamente a UE, a OMS, a UNICEF e a OOAS.

Em termos organizacionais e de liderança do processo, por despacho do Ministro da Saúde, foram criados um Comité de Pilotagem e uma Comissão Técnica de Seguimento.

O Comité de Pilotagem inclui os Ministérios da Economia, do Plano e Integração Regional (MEPIR), Finanças (MinFin), Educação e Ensino Superior (MEES), Função Pública (MINFUP), das Mulheres, Recursos Naturais e Transportes e Comunicação e Agricultura. Fazem parte deste órgão, parceiros internacionais, bilaterais e multilaterais interessados nas questões de saúde e desenvolvimento.

As 3 AT constituem um Grupo de Consolidação que passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias. Este grupo estabeleceu o calendário a seguir; garantiu que o Governo assumisse, através dos dirigentes do MINSAP, a liderança de todo o processo técnico; assegurou que o Governo mantivesse a liderança política do processo através das reuniões do Comité de Pilotagem; manteve o diálogo alargado com os dirigentes e técnicos do Sistema de Saúde, inclusive os Diretores Regionais de Saúde, os dirigentes dos MEPIR, MINFUP, MEES e MINFIN, os principais organismos e agências de cooperação internacional, incluindo as ONG, sindicatos, associações e ordens e com as duas maiores forças políticas com assento parlamentar.

O processo teve início em março de 2017.

3.1.5. Discussão e conclusões

O planeamento estratégico na RGB emergiu com a liberalização do regime político na década de 1980, o qual gerou as oportunidades que permitiram reformas na governação, como reconhecido na literatura ¹¹ criando um espaço para um processo de planeamento *bottom-up* ¹⁵.

Foi então reconhecida a incapacidade de conduzir um processo pelo pessoal existente nas estruturas de saúde, pelo que se investiu num prolongado período de capacitação das equipas nacionais e regionais, com apoio de diversas AT, durante três anos. Este foi alinhado com os preceitos das escolas que consideram o planeamento estratégico um procedimento de aprendizagem agregando diversos outros processos de planeamento ^{20,21}. Esta dimensão do planeamento estratégico tem sido bastante notória desde a elaboração do PNDS I a todos os níveis, nacional e regional, em que o planeamento formal, liderado pelo MINSAP, incorpora e alimenta outros ciclos de planeamento por parceiros, serviços e

organismos da sociedade civil dando origem à teia de documentos (políticas, planos, programas, projetos) descritos na figura 2.

Se o PNDS pretende nortear a intervenção em saúde na RGB, torna-se ainda relevante referir que documentos de política nacional de saúde, nutrição, água/higiene e saneamento reafirmam o compromisso político da RGB para com a saúde das populações. Este compromisso pauta-se também por uma dimensão além-fronteiras, estendendo-se a abordagem estratégica aos objetivos regionais definidos, espelhados também em documentos orientadores¹⁷. Exemplo desse compromisso com objetivos regionais e globais (os ODM) são a CARMMA - *Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa*; o POPEN - *Plan Operational de Passage a l'Echelle Nationale des interventions a haut impact* (IHI) - *Strategies pour l'acceleration de la reduction des mortalites maternelles, neonatales et infanto-juvenile en Guiné-Bissau*; o Plano Estratégico de Luta Contra a Malária; o Plano Estratégico contra o VIH/SIDA; o Plano Estratégico de prevenção/resposta contra a cólera 2009-2013; o Plano Diretor de água e saneamento (atualizado 2010-2020) da RGB e o Quadro Estratégico e Plano de Investimentos para alcançar os ODM de saúde, entre outros. Para a implementação e execução destes planos e estratégias entram em cena variados atores internacionais, dos quais se salientam a UE, o Banco Mundial, diversas delegações das Nações Unidas como OMS, UNAIDS, FNUAP, UNICEF, UN Women, bem como países em cooperação bilateral dos quais se salientam Portugal, Espanha e França por exemplo.

A gestão desta complexidade deveria ter sido assumida pela Célula de Gestão do PNDS, o que não tem acontecido. Isto deve-se em parte à falta de pessoal na Célula de Gestão, e também ao facto de o planeamento estratégico ser visto, não como um elemento de uma gestão estratégica dinâmica, mas como um processo contido em si próprio, que permite mobilizar fundos dos doadores e orienta outros ciclos temáticos de planeamento, nem sempre articulados com o horizonte temporal do PNDS.

Como elaborado por Mintzberg (1994)²², e ilustrado pela experiência do PES na RGB, o planeamento estratégico contribui também para:

- Mobilizar diversos quadrantes da sociedade em torno das agendas de saúde;
- Ganhos em conhecimento sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes;

- Clarificação das áreas prioritárias orientadoras da futura concentração/mobilização de recursos; e
- Obtenção de consensos e legitimação da visão estratégica proposta.

Originariamente desenquadrado de uma estratégia de desenvolvimento nacional, as edições mais recentes do PNDS (II e III) procuram orientação nos DENARP e/ou Terra Ranka, os quais definem as prioridades para o desenvolvimento nacional com um forte ênfase no combate à pobreza e nos setores sociais, incluindo a saúde. Esta tendência está enraizada na Declaração de Alma Ata, onde se afirma que “O desenvolvimento económico e social baseado numa ordem económica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial”^e.

^e Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

3.2. ESTUDO II - 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau - Memórias do seu Planeamento Estratégico em Saúde

O estudo é fruto de um trabalho conjunto de Paulo Ferrinho, Philip J. Havik, Zulmira Hartz e Cátia Sá Guerreiro e encontra-se aceite para publicação na revista *Cadernos de Estudos Africanos*.

3.2.1. Contextualização do Estudo

A República da Guiné-Bissau (RGB), um Estado Frágil marcado por um contexto de instabilidade política e institucional, tem feito desde 1993 o exercício do planeamento estratégico para o setor da saúde (PES). Os documentos estratégicos setoriais - Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) - demonstram uma capacidade de resistir às adversidades governativas.

O presente estudo constitui uma revisão histórica das políticas e pretende fazer memória deste exercício com duplo propósito: analisar os processos de PES e destes guardar memória, como trilhos de um passado que permitem melhor entender e contextualizar os caminhos percorridos.

Marcada por uma forte dependência da comunidade internacional nos setores da economia, saúde e educação ¹⁻⁴, a qual foi reforçada pelos Programas de Ajustamento Estrutural (PAE, 1987-1998) ^{5,6}, os sete maiores parceiros de desenvolvimento da RGB têm sido a União Europeia (EU), o sistema das Nações Unidas, o Banco Mundial, o Fundo Global, o Banco Africano de Desenvolvimento BAD, Portugal e Espanha. Entre os multilaterais realçam-se ainda a Comunidade Económica de Estados da África Ocidental (CEDEAO), a União Económica Monetária da África Ocidental (UEMOA), o Banco de Desenvolvimento da África Ocidental (BDAO).

Dos parceiros da cooperação bilateral realçam-se as Cooperações Dinamarquesa, Francesa, Portuguesa e Brasileira e, mais recentemente a China, Marrocos, Índia, Irão e Nigéria, apresentando estas variáveis formas de participação, dependentes de protocolos anuais de colaboração de natureza bilateral ou multilateral ⁷.

Apesar de ter feito progressos significativos na redução da mortalidade neonatal, infantil e da criança, relativamente a países comparáveis da África Ocidental, África Subsaariana ou Países de Baixa Renda a RGB tem um desempenho desfavorável para a maioria dos indicadores de saúde⁷, espelhando também as fraquezas do seu Sistema Nacional de Saúde (SNS). Este apresenta três níveis de funcionamento - local, regional e central – que correspondem a prestações de serviços de nível primário, secundário e terciário, mas sem ter capacidade de resposta às necessidades de saúde do país.

Diversos fatores originam esta realidade, entre eles a baixa densidade de Recursos Humanos da Saúde (RHS), infraestruturas em avançado estado de degradação, serviço de diagnóstico complementar praticamente inexistente, deficiente funcionamento do sistema de referência⁸. (Ilustração 1). Regista-se ainda a frequente rutura de stocks de medicamentos/materiais e a falta de cadeia de frio, dificultando a instituição de tratamentos médico-cirúrgicos.



Ilustração 1 - Exterior de um Hospital Regional

Estão identificados importantes determinantes da realidade sanitária do país⁷, sendo de destacar a deficiente governação do sistema de saúde com graves deficiências em funções como as de supervisão, inspeção e regulação; a fraca coordenação entres os níveis central e regional; a fraca capacidade de gestão global em termos de planificação, implementação, supervisão, monitorização e avaliação, controlo e/ou inspeção sanitária; a insuficiência de

financiamento para o setor da saúde e fraqueza do sistema de proteção social, manifestadas tanto na excessiva dependência de pagamentos diretos pelas famílias, como na excessiva dependência dos apoios externos para o funcionamento de rotina ⁷.

De 2012 a esta parte, o investimento do Estado na saúde flutua significativamente de ano para ano, nunca ultrapassando os 9% do Orçamento Geral de Estado (OGE), muito aquém do acordo de 15% ⁷ assumido no âmbito do compromisso de Abuja ⁹.

Importa salientar que no quadro da implementação do primeiro Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP I 2004 - 2007), a Guiné-Bissau realizou progressos significativos na estabilização da gestão macroeconómica, na reforma da administração pública e na melhoria da oferta dos serviços públicos, nomeadamente nos domínios da educação e saúde. Porém, devido à conjugação de vários fatores, dos quais se salientam a instabilidade política e institucional, penúrias das infraestruturas de base, impacto das crises petrolífera e económica internacional, e o contraste entre as metas estabelecidas e a realidade do país, estes resultados ficaram muito aquém dos objetivos inicialmente fixados.

Com base nas lições aprendidas desta experiência, foi elaborado o segundo DENARP, com horizonte temporal 2011-2015, que reconhece o impacto negativo da fragilidade do Estado e da instabilidade política ¹⁰. Findo o período de implementação deste documento, assiste-se à sua substituição pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo *Terra Ranka* 2015-2025¹¹.

Numa continuidade de definição estratégica de luta contra a pobreza que se insere numa tentativa de ajustar os planos às condições locais ¹², este plano foi desenhado por guineenses e para guineenses com o intuito de, até 2020, reconstruir o país, consolidar as instituições democráticas e lançar as fundações para a estabilidade e desenvolvimento socioeconómico sustentável, em que o setor da saúde surge como uma das prioridades.

Sendo um dos países mais pobres do mundo, a RGB tem feito ao longo dos anos o exercício do planeamento estratégico para o setor da saúde (PES) ².

A gestão estratégica do setor da saúde da Guiné-Bissau foi, até Março de 2017, orientada pela Política Nacional de Saúde (PNS) adotada e aprovada em 1993, completando 25 anos

por ocasião da realização do presente estudo. Esta enquadrou, ao longo dos tempos, diversas políticas temáticas e orientou a elaboração de três Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) ². O PNDS pretende ser o documento que define a estratégia nacional de saúde do país ¹³. Ao PNDS I (1998-2002, revisto para 2003-2007) sucedeu o PNDS II (2008-2017) e em 2017 completou-se um novo processo de planeamento - PNDS III. A extensão do primeiro PNDS foi enquadrada pelo DENARP I e o segundo PNDS pelo DENARP II. A elaboração do terceiro PNDS foi orientada pela PNS adotada em Março de 2017, pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo *Terra Ranka* 2015-2025 e pelas recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014 ².

Vale a pena fazer memória deste exercício com um duplo propósito: por um lado, partindo das memórias dos atores chave e do conteúdo dos documentos oficiais de PES existentes na RGB, analisar os processos de PES na RGB, enquadrando-os no descrito pela literatura e contextualizando-os na especificidade vivida por EF nesta matéria; e por outro guardar memória destes processos, como trilhos de um passado que nos ajudam a escolher caminhos.

3.2.2. Material e Métodos

Com este duplo intuito, o presente trabalho foi realizado com recurso ao método histórico ¹⁴ pelo qual é possível investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade atual, partindo do princípio de que as atuais formas de vida social, as instituições e os costumes têm origem no passado, sendo importante pesquisar as suas raízes para compreender a sua natureza e função ¹⁴. Recorreu-se a análise de conteúdo ¹⁵ dos PNDS I, II e III ^{7,8,16}, dos documentos resultantes da avaliação da implementação dos PNDS I e II ^{17,18} e de treze entrevistas semiestruturadas ¹⁹ realizadas entre Fevereiro de 2016 e Agosto de 2017 a avaliadores e atores chave em PES na RGB.

Os treze entrevistados fizeram memória dos processos de PES em que estiveram envolvidos, tendo sido selecionados pelo investigador por se reconhecer serem detentores de informações pretendidas para o estudo, constituindo assim uma amostra não probabilística intencional ¹⁴.

Dois deles são avaliadores portugueses, um envolvido na avaliação do PNDS I e o outro nos processos de avaliação de implementação do PNDS I e do PNDS II, bem como na redação dos PNDS II e III. Ambos foram entrevistados em Lisboa.

Os restantes onze entrevistados são guineenses, estão ou estiveram diretamente implicados nos processos de PES, desde a elaboração do PNDS I até ao atual processo de redação e implementação do PNDS III. Ocupam ou ocuparam cargos de governação do setor a nível nacional, dois deles amplamente relacionados com programas específicos (Luta contra a Tuberculose e Lepra e Saúde Materno-Infantil) e dois dos entrevistados ocupam atualmente cargos em organizações internacionais.

Oito destas onze entrevistas foram realizadas em Bissau em Fevereiro de 2016. Uma outra foi realizada por videoconferência, estando o ator-chave em Bissau e o entrevistador em Lisboa, em Julho de 2017. As entrevistas aos atores-chave que ocupam cargos em organizações internacionais decorreram igualmente por videoconferência, com o entrevistador em Lisboa, em Março e Julho de 2017 e os entrevistados no país de missão.

As entrevistas foram gravadas, com o devido consentimento dos entrevistados sob garantia de anonimato.

Recorreu-se ao mapa metodológico apresentado na figura 3 do capítulo 2 (pág. 33) que permitiu analisar os processos de PES na RGB ^{20,21}.

3.2.3. Resultados e Discussão

A evolução do PES na RGB está descrita, numa perspetiva de guardar memória dos processos desenvolvidos ², sendo sintetizada na figura 8.

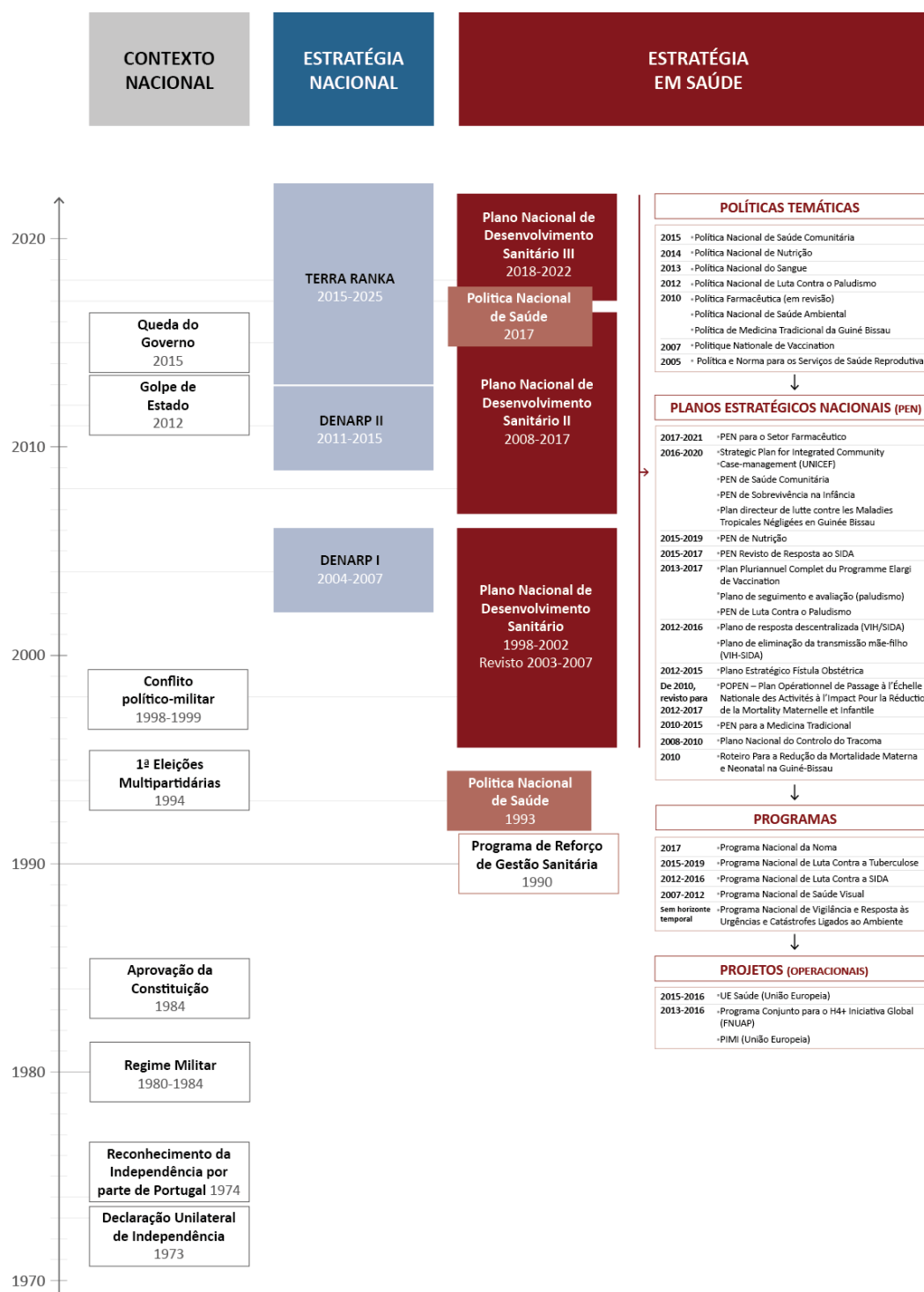


Figura 8- Planeamento estratégico em saúde na República da Guiné- Bissau de 1974 a 2018

Propomos uma viagem pelas memórias daqueles que vivem a realidade de 25 anos de Política Nacional de Saúde num Estado que sendo frágil tem claramente definidas uma

Visão da Saúde – “Um sistema de saúde cada vez mais eficiente, eficaz e financeiramente sustentável, com um crescente envolvimento de diferentes setores e responsabilização pelo governo, profissionais e cidadãos” - e a Missão do sistema de saúde para concretizar essa Visão – “Contribuir de uma forma decisiva para o bem-estar físico, mental e social da população, seguindo os preceitos de acesso universal aos programas e serviços de saúde considerados prioritários pelo Governo, de forma acessível, equitativa e de qualidade para todos”⁷.

Memórias e reflexões de 25 anos de Política Nacional de Saúde

Após a independência do país em 1974, o primeiro grande projeto em saúde foi implementado nas regiões de Cacheu e Tombali, versando o desenvolvimento comunitário. Financiado pela Cooperação Holandesa, a “Reforma da Intenção Primária”, lançava o desafio de trazer a saúde às comunidades, envolvendo profissionais de saúde, concretamente enfermeiros que haviam sobrevivido à guerra da independência, e cidadãos, capacitando as comunidades para intervirem na sua própria saúde. Esta estratégia evoluiu depois para a operacionalização das orientações da Declaração de Alma-Ata. “Foi a génese da PNS e assim nasceu a pirâmide sanitária que ainda hoje é conhecida”, refere um dos entrevistados.

Em 1993 foi aprovada a Política Nacional de Saúde, sendo esta orientada por princípios de consolidação dos cuidados primários de saúde, melhoria do acesso aos serviços de saúde, distribuição equitativa dos recursos, qualidade da prestação de cuidados, descentralização do sistema de saúde, definição e desenvolvimento de uma estratégia para os recursos humanos e uma melhor colaboração intersectorial ^{7,16}. Como principal instrumento desta ¹⁶, foi realizado o primeiro exercício de planeamento estratégico no setor da saúde e em todo o País, sendo o seu resultado apresentado na mesa redonda setorial de 1997. Nasceu assim o PNDS I (Ilustração 2).

São gratas as memórias do exercício de PES que resultou na redação do PNDS I, cuja implementação acabou por ser adiada devido ao golpe de Estado de 1998.

Este exercício, na opinião de grande parte dos entrevistados, passou pelas diversas fases do ciclo de planeamento definidas no mapa metodológico utilizado no presente trabalho.

Com início em 1995, foi feito “um exaustivo e útil trabalho de diagnóstico”, analisando a situação vivida então na RGB em termos de saúde e suas necessidades, contextualizando os dados encontrados na realidade histórica, política e social do país. Foram definidas prioridades e estratégias, envolvendo os diferentes parceiros incluindo os financiadores. “Antes da independência havia hospitais mas não regiões sanitárias.”



Ilustração 2 - Capa do documento Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I

Um estudo preliminar do sistema da saúde nos meados dos anos 90, antes da introdução do PNDS I, concluiu que a degradação das infraestruturas, a falta de pessoal qualificado e de investimento, e o deficiente sistema de planificação, também associados aos PAE, formaram “obstáculos ao desenvolvimento dos serviços de saúde”.

O perfil sanitário foi definido imediatamente antes e no período de redação do PNDS I. Fez-se a divisão sanitária em 11 regiões e não 8 como as administrativas, uma vez que as limitações de acessibilidade foram tidas em conta.” De facto “a regionalização que acompanhou a redação do PNDS I e foi uma etapa marcante”. “O PNDS I está muito bem desenhado!” é a exclamação de um dos entrevistados, espelhada na forma saudosa que àquele se referem muitos dos que participaram neste trabalho. “Os trabalhos decorriam com

ânimo. Cada região fazia o seu trabalho. Tínhamos indicadores e analisávamos as falhas. Foi assim que desenhámos o mapa sanitário.”

Ainda hoje “o PNDS I continua a ser uma referência.” Um dos entrevistados refere que o “PNDS I conseguiu ser um documento federador de todos os parceiros que estavam na RGB, foi de facto uma experiência espetacular ver a implicação de diferentes pessoas de diferentes governos e nacionalidades. Desde holandeses a suecos, americanos, entidades como o BM, a OMS, todos se envolveram no processo. Foi um trabalho formidável e participativo.” Outro aspeto realçado deste documento é o facto de apresentar uma “reflexão sobre a implementação, fundamental para a sua apropriação aos mais diversos níveis.” Porém, “o PNDS I foi lançado em Março de 1998 e 2 meses depois teve início a guerra civil.”

Segundo os entrevistados “a guerra de 98 foi muito dura, mais que a da independência, mais agressiva e levando por um lado a uma ampla fuga de quadros e por outro à destruição de infraestruturas essenciais ao funcionamento do SNS”.

A situação político-militar de 1998 comprometeu a execução do referido plano, tendo este sido em 2002 revisto para o horizonte temporal de 2003-2007, com o objetivo de permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser implementadas ^{8,17}.

Em finais de 2007, resultando de uma consultadoria solicitada pela Célula de Gestão do PNDS do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) da RGB, foi efetuada a avaliação da execução do PNDS I, sendo entregue em Dezembro do referido ano o respetivo relatório, o qual foi validado pelo MINSAP ¹⁷. Esta avaliação teve por objetivo relatar e analisar as informações disponíveis sobre a implementação e execução do PNDS I e o impacto que este teve na melhoria de saúde da população e nas taxas de cobertura dos indicadores-chave da saúde pública ¹⁷.

Segundo os avaliadores, “o PNDS estava muito bem feito e por isso foi simples desenhar em termos teóricos a avaliação”. Os avaliadores tentaram ir para além dos indicadores descritos no plano e foi estabelecida a relação com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), tornando o trabalho útil e apreciado, com impacto na posterior redação do PNDS II.

Porém, implementar a avaliação que havia sido desenhada, foi “um processo duro, um confronto com uma realidade difícil de enfrentar. A avaliação foi feita num contexto e o plano havia sido redigido noutro.” O Plano que tinha estado adequado deixou de o estar no pós-guerra. Os avaliadores referem, sem esconder a marca que esta avaliação lhes deixou: “levávamos uma estrutura de avaliação e ao chegar ao terreno os dados para calcular os indicadores definidos tinham desaparecido. Aqueles objetivos tinham deixado de fazer sentido. Houve um retrocesso, faltava tudo. Faltavam os RH, os recursos farmacológicos, as infraestruturas.” “Tivemos de adaptar a estrutura da avaliação àquele novo contexto. O grande desafio foi transformar situações avaliadas não desejáveis em contributos para o crescimento daquele país”, sublinham. Assim, “as sugestões efetuadas no final do documento de avaliação pretenderam contribuir para a alteração de uma visão negativa da avaliação, que vem da ideia de que se avalia para punir, para um sentido positivo do ato de avaliar – sabe-se que o plano não foi cumprido em muitos dos objetivos e intervenções mas há a possibilidade de continuar a progredir.”

Em continuidade do caminho percorrido com a implementação do PNDS I, ambicionando um projeto de desenvolvimento socioeconómico para assegurar a obtenção de “Ganhos em Saúde” de 2008 a 2017 ⁷ e na expectativa de dar resposta aos objetivos traçados no quadro do DENARP foi elaborado o PNDS II com o horizonte temporal de 2008-2017 ⁸.

Como se pode ler na contextualização deste documento, ele não apenas pretende ser o contributo do sector da saúde para a redução da pobreza e promoção do desenvolvimento socioeconómico sustentável à luz da Mesa Redonda de Genebra de 2006 (evento que reuniu em Genebra, os doadores com o objetivo de angariar ajudas para o financiamento de ações constantes no DENARP, OGE 2006/2007 assim como para o Programa de Reforma das Forças de Defesa e Segurança da RGB), como leva também em conta os compromissos do Governo da RGB relativamente à prossecução dos ODM, da Declaração de Abuja sobre a meta de 15% do OGE destinado à Saúde ⁹, entre outros compromissos assumidos no domínio da saúde e do desenvolvimento. A sua concretização passa necessariamente pela implementação gradual de todos os Programas Nacionais de prevenção e combate às doenças transmissíveis e não transmissíveis, promoção da saúde e outros ⁸.

Em 2011 é adotado o DENARP II ¹⁰, promovendo o enquadramento do PNDS II ¹³, numa perspetiva de promoção do estado de direito, do desenvolvimento económico e do capital

humano, aspetos em que se centraram os pilares da então definida estratégia nacional de luta contra a pobreza ⁷.

Porém, “enquanto todos conheciam o PNDS I, o mesmo não sucedeu com o PNDS II”, refere um dos entrevistados. O PNDS II nunca foi formalmente assumido, o conjunto de indicadores e métricas nunca foi finalizado porque o processo foi interrompido pelo golpe de Estado de 2012. Comparativamente ao PNDS I, “é menos rico em termos de indicadores que permitam monitorizar a implementação, é um plano mais orientador para o desenvolvimento do trabalho de implementação de uma estratégia. Infelizmente não se conseguiu trazer para o PNDS II a métrica que existe no PNDS I.”

O PNDS II apresenta-se como “um documento ambicioso e didático, pouco operacional”, sendo porém de referência, “usado por alguns parceiros como orientação para a elaboração dos seus projetos.” Faltou ao PNDS II a vertente da implementação. Um dos entrevistados, questionado sobre a importância da existência de um plano como este, na consciência da sua fraca utilização, referiu ser “fundamental que este tipo de documentos de orientação estratégica incluam uma reflexão profunda sobre a sua implementação, caso contrário tornam-se em exercícios sem utilização.”

A execução do PNDS II foi comprometida pela situação político-militar então vivida. A grande consequência do Golpe de Estado de 2012 foi “a saída da maior parte dos parceiros que existiam nessa época”, inviabilizando a implementação estratégica prevista. Muitas das estratégias de gestão perderam a sua força e simplesmente deixaram de existir. “Antes do golpe de Estado havia um forte dispositivo de controlo de gestão, por exemplo ao nível dos medicamentos. Neste momento nada disso existe, não há preocupação com stocks”. Este entrevistado, com olhar entristecido, refere que “hoje nada funciona.”

Em Agosto de 2015, e num momento em que se sentia ultrapassada a instabilidade política, foi realizada uma revisão do PNDS II, com recurso a consultoria externa, com o objetivo de contribuir com subsídios a serem considerados pelo MINSAP na avaliação da implementação do plano, de forma a permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser adequadas ao então momento presente, sugerindo-se o prolongamento do horizonte temporal até 2020 ²². O relatório final da consultoria foi entregue e validado pelo MINSAP.

Analisando o ciclo de planeamento e implementação na RGB, verifica-se que nos exercícios de PES que ocorreram depois da redação do PNDS I, os processos decorreram de forma diferente do que acontecera nos anos 90 do século XX, não se aplicando o ciclo de processo em análise: o PES surge como resposta à exigência dos financiadores e não como resposta a necessidades e prioridades definidas pelo contexto guineense.

Segundo grande parte dos entrevistados, “teoricamente deveria ser o Governo da RGB a solicitar apoio para as suas necessidades em saúde.” Porém o que se verifica, e segundo opinião unânime dos entrevistados, é que a ajuda se obtém “de acordo com a agenda dos financiadores”. As fragilidades de governação, marcadas pela instabilidade gerada pela rotatividade e pela ausência parcial ou total de vontade política, promovem que cada parceiro/financiador adote a sua própria agenda sem ter por base as prioridades nacionais. Não reconhecendo a liderança política, definem os seus objetivos e implementam os seus projetos ou programas. Estes muitas vezes nascem de objetivos próprios das entidades financiadoras e não tanto do real desafio de responder a necessidades locais.

Como consequência, assiste-se a uma falta de coordenação entre doadores, conduzindo a duplicação de ação, desfasamento de objetivos com a realidade local e até a baixa sustentabilidade das iniciativas. Assiste-se por exemplo à presença de vários atores numa mesma região sanitária, enquanto outras regiões permanecem com parco investimento. É o caso do desfasamento de intervenção entre o sul e o leste da RGB. Por outro lado há alguns programas com vários doadores como financiadores e outros sem financiamento.

Há ainda a referir que muitas vezes o trabalho no terreno depende de acordos feitos entre governantes e entidades financiadoras, sendo que nem sempre estes acordos refletem as reais necessidades da população. De referir que pode existir por parte dos financiadores tentativa de apostar em pontos de convergência nas intervenções, sendo que porém, segundo os entrevistados, cada um não abdica dos seus objetivos institucionais. Segundo as palavras de um dos entrevistados, as quais sintetizam o dizer de outros, “os doadores não se articulam entre si e não há coordenação por parte dos governantes, nem vontade para tal.”

De facto, na RGB “os governantes parecem preferir operar a nível bilateral que em concertação, obtendo assim maiores benefícios diretos”, promovendo a duplicação das

ações, o desfasamento dos objetivos e ainda a fraca sustentabilidade das iniciativas. Assiste-se assim a uma “tensão permanente entre os programas verticais e a tentativa de ter uma estratégia nacional, sendo que esta tensão resulta da política de financiamento. Os financiadores financiam programas.” “A verticalização no setor da saúde da RGB é uma luta constante.”

À margem do PES, as Organizações Não Governamentais (ONG) intervêm - sobretudo ao nível da educação e da saúde - nas comunidades, quer implementando os seus próprios projetos quer os de grandes entidades financiadoras ²³.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário na estratégia de saúde do país – reflexões rumo à atualidade

Aprofundando estes dados, podemos questionar-nos sobre qual o lugar do PNDS na estratégia de saúde do país. “A base de todo o planeamento em saúde deveria ser o PNDS. Daí deveriam sair os planos regionais e os programas nacionais aí deveriam assentar. A articulação entre todos deveria ser uma realidade que não existe por falta de coordenação.” Esta afirmação, pronunciada por um dos entrevistados, sugere grandes temas que têm de ser abordados ao falar de PES na RGB, concretamente coordenação e liderança. Porém, a montante, importa ter presente que na origem do planeamento está a resposta a necessidades e esta na RGB só ocorre com recurso a financiamento externo. Assim, “para falar de PES na RGB temos sempre de referir o grande tema da relação com financiadores.”

Importa referir que “se se pretende que os líderes guineenses tenham capacidade para operacionalizar estratégias, temos de garantir que estes tenham acesso ao financiamento.” O que tem vindo a ocorrer é que os doadores financiam diretamente os seus projetos através de ONG, sem passar pelo MINSAP. “No momento em que o financiamento ultrapassa por completo o orçamento de Estado, as estruturas estatais perdem a capacidade de governação e liderança”, refere um dos entrevistados. Este financiamento direto provavelmente começou a ocorrer pelo não reconhecimento, por parte dos doadores, de autoridade dos governantes guineenses.

Porém esta metodologia em nada abona a uma mudança, a um progresso em termos de governação e liderança. “Existem casos que espelham descrédito pelas instituições estatais, criando-se processos de resposta a necessidades completamente paralelos às possíveis respostas do Estado” sublinha um dos entrevistados. Porém, verifica-se o colapso destas soluções quando os projetos terminam e as ONG ou os financiadores abandonam o terreno. “Acaba o financiamento, as ONG vão embora e colapsa tudo”, refere o mesmo entrevistado. Os entrevistados são unânimes ao referir que, caso o investimento seja feito nas estruturas estatais, mesmo que haja colapso, permanece pelo menos o capital social que não se perde.

O povo “adapta-se às propostas dos financiadores e doadores pois não é detentor nem de vontade nem de consciência para não o fazer.” Existe um “inconsciente coletivo *pati, pati, pati...*”, refere um dos entrevistados, salientando o pedir constante como uma forma de vida, recorrendo à expressão dos dialetos locais que significa pedir, mendigar. A alfabetização da população manifesta ser ainda insuficiente, influenciando este processo de adaptação aos projetos tantas vezes dispare de que são alvo as comunidades. Exemplo disto são por exemplo a falha na implementação da iniciativa de Bamako ²⁴ por incapacidade dos agentes locais, bem como a aceitação de projetos distintos que cobrem a mesma necessidade numa mesma localidade.

Estas características que dizem respeito à capacidade de adaptação da população guineense vão ao encontro da descrição feita por Forrest (2003)²⁵ da sociedade multiétnica da RGB, a qual é caracterizada por estruturas e formações sociais que desde os tempos coloniais constituem o que o autor chama de *alternativas populares às autoridades governativas*. Estas exercem a nível local uma mais forte influência sobre as comunidades que a dos órgãos governativos propriamente ditos, baseando-se em mecanismos de cooperação interétnica e intercomunitária. Estes permitem definir processos de autonomia social assentes no conhecimento e na capacidade de resposta a necessidades por parte de indivíduos e grupos sociais, por exemplo a questões da saúde e bem-estar das populações.

Exemplo disto é o caso dos agentes de saúde comunitária (ASC) e das parteiras tradicionais que no PNDS II são considerados parte integrante da organização do SNS enquanto recursos de apoio às Unidades de Saúde de Base (USB), estruturas reconhecidas como sendo de iniciativa comunitária, constituindo então o maior número de estruturas de prestação de cuidados de saúde ⁸. Também no PNDS III é referido que ao nível da

comunidade, o sistema de saúde se tem apoiado nos ASC sem que estejam definidas orientações sobre o futuro destes recursos no sistema de saúde guineense ⁷. Os ASC e as USB podem ser encarados como uma resposta comunitária a necessidades de cuidados primários de saúde não satisfeitas, exemplificando uma alternativa popular às autoridades governativas.

Voltando à história nacional, salienta-se em Outubro de 2014 a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde, presidida pelo então Primeiro-ministro, tendo sido redigido um documento de recomendações “Ao Governo através do MINSAP”. Importa ainda referir que o horizonte temporal do DENARP II era 2015, não tendo sido adotado um novo DENARP. Este foi substituído pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo *Terra Ranka* (2015-2025) ¹¹.

Em abril de 2017 validou-se uma nova PNS, substituindo a de 1993, depois de um processo que se arrastava desde 2009 ⁷. Iniciou-se assim um novo processo de planeamento do qual resultou a redação do PNDS III, tendo-se optado por não prolongar o horizonte temporal de implementação do PNDS II. O terceiro PNDS é então orientado pela nova PNS, pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo *Terra Ranka* 2015-2025 ¹¹ e pelas recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde de Outubro de 2014. Estando em vigor, e sendo já “um documento de referência sobretudo para os financiadores”, à data de redação do presente documento, aguarda ainda a validação por parte do Conselho de Ministros.

No que se refere ao processo de elaboração PNDS III, os entrevistados referiram que “o documento foi pensado para produzir uma nova estratégia nacional no setor da saúde”, tendo a sua redação sido assente em dados de avaliação de implementação do PNDS anterior e em dados de contextualização/análise de situação atual em saúde vivida no país, reportando a uma primeira parte do mapa metodológico definido para o presente trabalho. Porém as fases seguintes não são aplicadas – este documento estratégico tem uma forte componente política “pois o Governo tem de liderar todo o processo”, refere um dos entrevistados, sendo que o novo plano espelha um alinhamento com as diretrizes internacionais para a saúde e com as estratégias dos parceiros financiadores.

Os programas verticais estão incluídos assim como todos os programas prioritários. Segundo os entrevistados, “os financiadores destes programas vão encontrar no PNDS razão para a sua cooperação pois trouxeram-se os Programas para dentro do PNDS.” A UE, o BM e outros financiadores têm participado no processo de planeamento e na tomada de decisão, e houve uma tentativa de ajuste das agendas dos financiadores e do Governo. “As agendas não estavam alinhadas e tenta-se fazê-lo neste PNDS.”

Se o PNDS pretende nortear a intervenção em saúde na RGB, torna-se ainda relevante referir que documentos estratégicos em nutrição, água/higiene e saneamento, reafirmam o compromisso político da RGB para com a saúde das populações.

Este compromisso pauta-se também por uma dimensão além-fronteiras, estendendo-se a abordagem estratégica aos objetivos regionais definidos, espelhados também em documentos orientadores.²⁶ Exemplo desse compromisso são a CARMMA – “Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa”; o POPEN – “Plan Operational de Passage a l'Echelle Nationale des interventions a haut impact (IHI) - Strategies pour l'acceleration de la reduction des mortalites maternelles, neonatales et infanto-juvenile em Guiné-Bissau”; o Plano Estratégico de Luta Contra a Malária; o Plano Estratégico contra o HIV/AIDS; o Plano Estratégico de prevenção/resposta contra a cólera 2009-2013; o Plano Diretor de água e saneamento (atualizado 2010-2020) da Guiné-Bissau e o Quadro Estratégico e Plano de Investimentos para alcançar os ODM de saúde, entre outros.

Para a implementação e execução destes planos e estratégias entram em cena variados atores internacionais, dos quais se salientam a UE, o BM, diversas delegações das Nações Unidas como OMS, UNAIDS, FNUAP, UNICEF, UN Women, bem como agências de cooperação bilateral dos quais se salientam Portugal, Espanha e França por exemplo.

Lendo as memórias à luz do contexto global

O PES emergiu na década de 1990, fortemente impulsionado pela “Global Strategy for Health for All by the Year 2000”²⁷ e, mais recentemente, pela “Health 21 – Health for All in the 21st Century”²⁸.

O planeamento em saúde em África tem evoluído ao longo das décadas, impulsionado por diversas motivações. A história mostra evolução de acordo com o paradigma de gestão em saúde prevalente a cada momento, constituindo os processos de planeamento em saúde uma parte integrante do esforço para fortalecer a governação em saúde ²⁹. É de salientar a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, realizada em Ouagadougou, no Burkina Faso, em 2008, onde os esforços para melhorar o planeamento em saúde foram impulsionados, na expectativa de promover a boa governança ³⁰. Cinco anos após a conferência, 19 de 46 países da região da África haviam desenvolvido políticas de saúde e 22 tinham estratégias nacionais de saúde ²⁹.

O PES na RGB tem acompanhado a tendência global deste procedimento, o qual desde a década de 90 se assume como orientação incontornável para legitimar uma visão estratégica para a definição de áreas prioritárias de intervenção no setor da saúde. No entanto, e de acordo com os entrevistados, o PES materializado em políticas e nos vários PNDS, os quais deveriam orientar todos os atores e setores que influenciam a saúde para as prioridades nacionais da população e reforçar a liderança do Estado Guineense nos processos da sua implementação, encontra-se desvirtuado numa amálgama de interesses dos diferentes intervenientes.

Os resultados obtidos, muito marcados por histórias e reflexões vividas e feitas na primeira pessoa, reportam para uma ausência de processo de PES conforme o mapa metodológico definido, motivado este facto por fatores contextuais relacionados com a fragilidade do Estado da RGB e com a forma como é dada resposta a esta fragilidade.

Classificada em “estado de alerta”, a RGB é um EF apresentando esta condição um impacto determinante num SNS incapaz de responder às necessidades deste setor no país, o que parece influenciar a postura, nomeadamente dos financiadores, no ciclo de PES. O reflexo da falta de liderança manifesta-se em programas verticais desarticulados entre si e do PNDS, bem como na falta de definição estratégica de implementação do que se planeia. Segundo a literatura, os processos de planeamento envolvem líderes empreendedores bem como o trabalho com parceiros de outros setores ³¹. Lacunas ao nível da governação e liderança, bem como do trabalho intersectorial podem estar na origem do comprometimento do sucesso no ciclo de PES na RGB.

As considerações dos entrevistados vão ao encontro da literatura ^{29,32}, acrescentando ainda que as fragilidades de governação, marcadas pela instabilidade gerada pela rotatividade e pela ausência parcial ou total de vontade política tem promovido a adoção de agendas próprias de parceiros/financiadores à margem das prioridades nacionais. Desta forma, e na ausência do reconhecimento da liderança política, os parceiros definem os objetivos e implementam os seus próprios programas e projetos, ficando marginalizado o real desafio de responder às necessidades locais.

Na opinião unânime dos entrevistados, o PES surge como resposta à exigência dos diferentes financiadores, afastando-se não raras vezes do PNDS, divergindo os planos regionais e os programas nacionais deste documento que determina as prioridades nacionais em matéria de saúde e que teoricamente deveria legitimar o Governo da RGB para orientar os seus parceiros na ação e no financiamento deste setor. A literatura refere que o financiamento externo baseado no desempenho, realizado por parceiros bilaterais, multilaterais e globais, nos países de média e baixa renda, e particularmente no contexto de EF, é frequente não estando os seus efeitos nos sistemas de saúde estudados ³². No entanto os mesmos autores referem que os atores externos e financiadores assumem um papel de grande destaque nestes contextos e que a fraca confiança entre estes, o sistema público e os governos levam à adoção de programas baseados em abordagens contratuais em detrimento de um alinhamento com as políticas dos países.

A OMS alerta para o facto de o planeamento e a formulação de políticas em contextos frágeis imporem desafios complexos que exigem abordagens inovadoras. O subfinanciamento e a má gestão do setor da saúde caracterizam os ambientes frágeis, prejudicando a duração e a intensidade das crises no sistema de saúde, nomeadamente a legitimidade e a capacidade da liderança governamental ³³.

Vimos que na opinião dos entrevistados, na RGB existem processos de resposta a necessidades paralelos às possíveis respostas do Estado promovendo os já referidos efeitos de duplicação das ações, desfasamento dos objetivos e fraca sustentabilidade das iniciativas. A literatura sustenta a perceção dos entrevistados, mencionado que em contextos onde a incerteza é generalizada, impera uma multiplicidade de atores, a fraqueza do Estado, a coexistência de necessidades humanitárias e de desenvolvimento, sendo que os riscos de erros e de recursos desperdiçados podem ser reduzidos, mas não eliminados ³³.

Considerando ainda o binómio planeamento/implementação, o qual, conforme descrito, tem vindo a estar comprometido ao longo da história do PES na RGB, a literatura sublinha a importância da relação entre planeamento e implementação, salientando porém que alguns planos quase não se referem a implementação – algo que se verifica por exemplo no PNDS II. Muitas vezes quem planeia e quem implementa são grupos distintos de pessoas, sendo que segundo os autores consultados, planejar conjuntamente é um importante prelúdio para um bom trabalho conjunto de implementação, estando o planeamento no seu pior quando trata de forma inadequada a implementação ³¹.

3.2.4. Considerações Finais

A realidade encontrada na RGB em matéria de PES vai ao encontro do que a literatura refere como os desafios dos processos de planeamento em países africanos ²⁹. O escritório regional Africano da OMS propõe atualmente um quadro de planeamento para responder a esses desafios e alinhar o processo de planeamento ²⁹.

Com este processo criou-se no MINSAP uma cultura de planificação. Porém, embora o PES na RGB seja uma realidade, este encontra-se desprovido dos princípios que o devem nortear tendo em conta o contexto de EF e da crise prolongada mais ou menos intensa ao longo dos anos. A RGB terá ainda que inovar os seus processos de PES, para que este responda às reais necessidades de saúde da população. Ciclos mais curtos de PE e a descentralização do mesmo, acompanhados de uma intensa monitoria poderão ser uma oportunidade para que a coordenação e liderança por parte do Governo, mesmo perante a forte dependência externa, possam emergir. Poderão ainda potenciar a adoção e correção de estratégias e orientações que respondam de forma mais adequada às necessidades de saúde do país, que a todo o momento oscilam entre a ajuda humanitária e o desenvolvimento.

Valerá a pena planificar? Esta questão surge por um lado diante da constatação de que o planeamento em saúde ocorre sobretudo em resposta às exigências dos financiadores, e ainda do facto de tantas vezes não chegar a ser implementado, como no caso do PNDS II. No que se refere à aplicação desta questão a mais um exercício de PES, o PNDS III, os entrevistados afirmam que “vale sem dúvida a pena enveredar por este processo”. Os

entrevistados referem que apesar de todos os cenários de instabilidade, há no setor da saúde um núcleo que foi sempre financiado, “há financiadores que não abandonam a saúde”.

Esta parece ter sido uma aprendizagem feita com a implementação dos PNDS I e II. Por isto, no PNDS III procurou tornar-se este núcleo o centro da planificação, permitindo que os financiadores encontrem na estratégia nacional aquilo que eles consideram prioritário. Porém, percebeu-se também a necessidade de desenvolver atividades a montante e a jusante que garantam resultados em saúde: “a montante reforçar a governação e o sistema de saúde; a jusante integrar a programação dos Programas nos serviços de rotina.” Assim, mesmo que existam cenários de instabilidade, os núcleos centrais alvo de planeamento e de financiamento manter-se-ão. “Ora não faz sentido que este núcleo não esteja integrado no PNDS – os Programas ajudarão assim a reforçar a montante o sistema de saúde e a jusante os serviços de rotina. Refere um dos entrevistados tratar-se de “uma verticalização com perspetiva integradora”, algo até aqui inexistente.

É notória uma nota de saudosismo relativamente ao período de redação do PNDS I, na década de 90, concretamente até 1998, data de início da guerra civil. “Estava tudo a caminhar tão bem! O ideal seria ter visto o PNDS I como uma doutrina. Mas o problema da instabilidade é que quando chega nem olha para a doutrina...”

O desânimo de alguns que referem nunca ter saído do país “porque sempre pensei que poderia dar o meu contributo. Porém hoje não sei mais como contribuir” procura ser combatido com uma estratégia integradora dos diferentes atores, ambicionando ir ao encontro dos desejos de cada um, das diferentes linguagens e exigências. Fica-nos a dúvida sobre como poderá cada um destes atores, desde os parceiros internacionais, aos prestadores de cuidados de saúde, apoderar-se desta estratégia e transformá-la numa esperança viva para um Estado que tem provado com a sua história uma heroica resiliência e uma motivação notável de seus quadros numa área tão prioritária como a da saúde, os quais contrastam com a instabilidade governativa que lhe é conhecida.

3.3. ESTUDO III - Avaliação em Saúde na República da Guiné-Bissau – uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

O estudo resulta do trabalho conjunto de Paulo Ferrinho, Zulmira Hartz e Cátia Sá Guerreiro, encontrando-se publicado¹ na Revista Saúde em Debate (ver anexo VII).

3.3.1. Contextualização do Estudo

Tendo por objeto os PNDS^{2,3} enquanto documentos de orientação estratégica nacional para o setor da saúde, e uma vez que existem dados de avaliação da sua implementação aprovados e disponíveis^{4,5}, foi realizada uma meta-avaliação com duplo objetivo: avaliar a qualidade das avaliações efetuadas e perceber até que ponto os resultados das avaliações foram/estão a ser utilizados em intervenções seguintes. Pretendeu-se, assim, contribuir para o aumento da credibilidade do processo avaliativo no âmbito do PES na RGB, contextualizando o seu papel e potencializando a sua utilidade para a tomada de decisões no setor da saúde.

3.3.2. Material e Métodos

A presente meta-avaliação foi realizada com recursos a análise de conteúdo⁶ dos documentos de avaliação de implementação dos PNDS I e II; do PNDS II; e de onze entrevistas⁷ realizadas com avaliadores e atores chave em PES na RGB. Os onze entrevistados foram selecionados pelo investigador por se reconhecer serem detentores de informações pretendidas para o estudo, constituindo assim uma amostra não probabilística intencional⁸. Dois deles são avaliadores, um envolvido na avaliação do PNDS I e o outro em ambos os processos de avaliação, bem como na redação dos PNDS II e III. Os nove atores chave, todos guineenses, estão ou estiveram diretamente implicados nos processos de planeamento em saúde, desde a elaboração do PNDS I até ao atual processo de redação do PNDS III. Ocupam ou ocuparam cargos de governação do setor a nível nacional, dois deles amplamente relacionados com programas específicos (Luta contra a Tuberculose e Lepra e Saúde Materno-Infantil) e dois dos entrevistados ocupam atualmente cargos em

organizações internacionais. As entrevistas foram gravadas, com o devido consentimento dos entrevistados.

Seguindo a estratégia metodológica definido na figura 4, capítulo 2 (pág. 35), no presente trabalho optou-se por utilizar 13 dos 30 padrões de meta-avaliação JCSEE na análise dos relatórios de avaliação supracitados, concretamente: para o Princípio da Utilidade - Credibilidade do avaliador, Clareza dos relatórios, Impacto da avaliação; para o Princípio da Factibilidade ou Viabilidade - Procedimentos práticos, Viabilidade contextual; Princípio da Propriedade - Avaliação completa e justa, Disseminação de resultados, Conflito de interesses; Princípio da Precisão ou Acurácia: - Análise de contexto, Descrição de propósitos e procedimentos, Fontes de informação confiáveis, Conclusões justificáveis, Imparcialidade dos relatórios.

A definição textual dos padrões utilizados encontra-se descrita na tabela 1 do capítulo 2 (pág. 42/43), elaborada com base na literatura consultada^{17,23-25}.

Foi aplicada uma escala quantitativa de 0-10 a cada um dos padrões, pela qual os valores 9 e 10 correspondem a ‘excelente’; 7 e 8 a ‘muito bom’; 5 e 6 a ‘bom’; 3 e 4 a ‘fraco’; 0 a 2 a ‘crítico’. Procedeu-se depois à requalificação por princípio de avaliação em ‘Insatisfatório’, ‘Aceitável’ e ‘Satisfatório’ de acordo com a avaliação percentual <33,3%, 33,3%-66,6% e >66,6% respetivamente^{9,13,14}. Para a atribuição da classificação por padrão e assim obter o valor por princípio de meta-avaliação foi efetuada a análise de conteúdo⁶ dos relatórios de avaliação disponíveis.

Procurou-se também perceber até que ponto os resultados das avaliações efetuadas foram/estão a ser utilizados em intervenções subsequentes, tendo-se procedido à análise de conteúdo do documento de planeamento que se seguiu à avaliação efetuada – o PNDS II. A informação obtida foi complementada com recurso da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com avaliadores e outros atores chave nesta matéria. Por ser um processo dinâmico que decorre no momento, com a elaboração do PNDS III, as entrevistas tiveram também por objetivo obter subsídios sobre o processo de planeamento, concretamente sobre a utilidade e impacto das avaliações anteriores. Porque um dos avaliadores esteve/está atualmente envolvido no planeamento, uma das entrevista teve também por fim salvaguardar a imparcialidade.

3.3.3. Resultados e Discussão

Comparando relatórios de avaliação

Da meta-avaliação efetuada por padrões é possível verificar que com respeito aos quatro princípios - utilidade, exequibilidade ou factibilidade, propriedade e precisão ou acurácia, ambas as avaliações apresentam a classificação de ‘satisfatório’ por obterem um score superior a 66,6% (ver *figura 9*).

Aplicação dos Princípios de Meta-Avaliação (%)

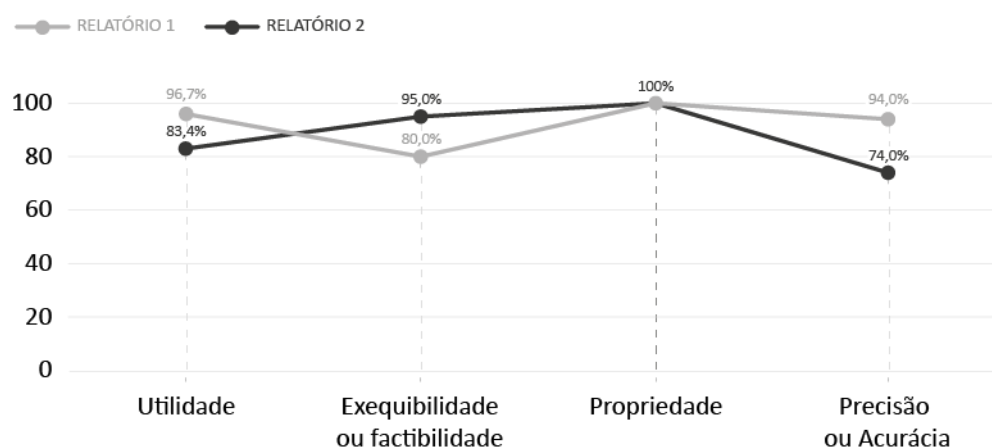


Figura 9 - Aplicação dos Princípios de Meta-Avaliação (%)

Indo ao detalhe de cada um dos padrões avaliados (ver *figura 10*) conclui-se que ambos os relatórios apresentam um caráter de excelência para vários padrões, concretamente para ‘credibilidade do avaliador’; ‘impacto da avaliação’; ‘viabilidade contextual’; ‘avaliação completa e justa’; ‘disseminação de resultados’; ‘conflito de interesses’; ‘análise de contexto’ e ‘conclusões justificáveis’. Concretamente para os padrões alusivos ao ‘princípio de propriedade’, verifica-se a excelência de ambos os relatórios.

Avaliação por Padrão de Meta-Avaliação

<div> <div>Excelente</div> <div>Muito bom</div> <div>Bom</div> <div>Fraco</div> <div>Crítico</div> </div>			
Utilidade	Credibilidade do avaliador		
	Clareza dos relatórios		
	Impacto da avaliação		
Exequibilidade ou Factibilidade	Procedimentos Práticos		
	Viabilidade Contextual		
Propriedade	Avaliação completa e justa		
	Disseminação dos resultados		
	Conflito de interesses		
Precisão ou Acurácia	Análise do Contexto		
	Descrição de Propósitos e Procedimentos		
	Fontes de informação confiáveis		
	Conclusões justificáveis		
	Imparcialidade de relatórios		

Figura 10 - Avaliação por Padrão de Meta-Avaliação

As tabelas 3, 4, 5 e 6 descrevem a justificativa para a atribuição das classificações aos padrões definidos.

Tabela 3 - Princípio de Utilidade, avaliação por padrões

Princípio de Utilidade	Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II		
PADRÃO	VALOR DE CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO	VALOR DE CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO	OBS.
Classificação	R1=29 = 96,7%	Classificação final: Satisfatório	R2=25 = 83,4%	Classificação final: Satisfatório	
Credibilidade do Avaliador	10	A coordenação da equipe de avaliadores detinha amplo conhecimento da realidade contextual e do processo de implantação do PNDS I.	10	O avaliador acompanhara o processo de redação e implantação do PNDS II, detendo amplo conhecimento da realidade contextual. "O fato de eu conhecer o PNDS II e o contexto da sua implantação é uma vantagem", refere o avaliador.	
Clareza dos relatórios	10	O relatório descreve claramente o programa avaliado, incluindo o contexto, os propósitos, procedimentos e conclusões da avaliação.	5	Relatório muito extenso, falha na sistematização da informação, pouca referência. Introdução muito extensa. Descreve objetivos e o contexto de forma clara. Conclusões bem explícitas mas procedimentos definidos sem muita clareza.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Impacto da Avaliação	9	A avaliação foi acompanhada pelos interessados localmente, membros do MINSAP. O posterior processo de planejamento do PNDS II "teve por base não apenas o relatório de avaliação da implementação do PNDS I como também uma consultoria externa da OMS Genebra (...)." A coordenação da equipe de avaliadores do PNDS I "foi sendo consultada ao longo do processo (...)"	10	Apesar de ter lugar num período conturbado da história da RGB, uma vez que "no período da avaliação houve três ministros da saúde diferentes e nenhum deles estava em condições de poder tomar decisões", todo o processo "foi muito apoiado pelo diretor nacional de saúde pública." O processo de avaliação "permitiu o diálogo entre parceiros e dirigentes do MINSAP", bem como "a percepção dos tipos de adaptações que deveriam ser feitas para que pudesse finalmente ser implantado" - foi um documento que sustentou a opção tomada depois de não reformular o PNDS II, mas de redigir um novo plano - o PNDS III.	Informações obtidas com recurso das entrevistas realizadas.

Tabela 4 -- Princípio de Factibilidade ou Viabilidade, avaliação por padrões

Princípio de Factibilidade ou Viabilidade	Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II		
PADRÃO	VALOR DE CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO	VALOR DE CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO	OBS.
Classificação	R1=16 = 80%	Classificação final: Satisfatório	R2=19 = 95%	Classificação final: Satisfatório	
Procedimentos práticos	7	Embora muito claramente definidos no documento de relatório de avaliação, e, portanto, bem definidos numa fase de preparação da avaliação, os procedimentos demonstraram ser de difícil implantação no momento da avaliação no terreno. Foram elaborados em Lisboa, com base no documento de PNDS I, do qual se pretendia avaliar a implantação. Porém, ocorreria uma guerra civil e "ao chegar ao terreno, os dados para calcular os indicadores definidos tinham desaparecido". Os procedimentos demonstraram não ser tão práticos como poderiam parecer por se encontrarem desajustados da realidade local no momento da avaliação.	9	Apesar de os procedimentos não se encontrarem descritos com clareza no relatório, com recurso da entrevista com o avaliador, foi possível verificar que responderam às necessidades avaliativas e se enquadraram no então difícil contexto vivido no país e no setor da saúde. "A avaliação foi conduzida num contexto muito difícil (...). Devido à desorganização existente, eu mesmo tomava a iniciativa de telefonar e marcar as reuniões (...). Procurava confrontar a informação que obtinha nas reuniões e entrevistas com os dados quantitativos aos quais consegui ter acesso." Da entrevista, conclui-se que os procedimentos foram práticos e permitiram obter os dados que estão na gênese do documento avaliativo, sendo que, é falho o registo dessa abordagem procedimental.	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.
Viabilidade contextual	9	"O pedido de avaliação vem do MINSAP e não de algum dos financiadores ou parceiros", não se excluindo a existência de interesse no programa em avaliação. Processo avaliativo apoiado e motivado pelo MINSAP.	10	"O objetivo foi o de tentar ouvir o maior número de dirigentes nacionais possível, não apenas os do MINSAP como também os institucionais, os programáticos, os regionais. (...) Ouvi também os financiadores, pois a sua perspectiva é muito importante. Foi ainda possível conduzir um processo de discussão, houve sessões plenárias entre dirigentes da saúde e parceiros do setor (...).	Informações obtidas com recurso das entrevistas realizadas

Tabela 5 - Princípio de Propriedade, avaliação por padrões

Princípio de Propriedade	Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II		
PADRÃO	VALOR DE CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO	VALOR DE CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO	OBS.
Classificação	R1=30 = 100%	Classificação final: Satisfatório	R2=30 = 100%	Classificação final: Satisfatório	
Avaliação completa e justa	10	Os capítulos 4 e 5 do relatório debruçam-se exclusivamente sobre a descrição dos pontos positivos, limitações e conclusões do programa avaliado, deixando o capítulo 5 algumas sugestões e recomendações.	10	Nos capítulos 3 e 4, o relatório de avaliação descreve pontos positivos, limitações e conclusões do programa avaliado de forma clara, deixando recomendações para futuro.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Disseminação de resultados	10	Conhecidos no relatório aqueles que solicitaram a avaliação e que dela participaram, foi validada em contexto de entrevista a disseminação integral dos resultados aos mesmos.	10	Conhecidos no relatório aqueles que solicitaram a avaliação e que dela participaram; foi validada em contexto de entrevista a disseminação integral dos resultados aos mesmos.	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.
Conflito de interesses	10	No sumário executivo do documento de avaliação, descreve-se a equipe de avaliadores, sendo clarificada a não existência de conflitos de interesse. Informação validada em contexto de entrevista com os avaliadores.	10	A estreita relação do avaliador com o programa em análise poderia levantar questões de conflitos de interesse. Porém, no sumário executivo, ficam claros os objetivos da avaliação e o papel do avaliador nela. O avaliador refere, em contexto de entrevista: "O fato de eu conhecer a realidade e de estar envolvido ajudou-me a fazer a ponte entre a realidade vivida e o objetivo da avaliação da qual fui protagonista, apenas isso."	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.

Tabela 6 - Princípio de Precisão ou Acurácia, avaliação por padrões

Princípio de Precisão	Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II		
PADRÃO	VALOR DE CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO	VALOR DE CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO	OBS.
Classificação	R1=47 = 94%	Classificação final: Satisfatório	R2=37 = 74%	Classificação final: Satisfatório	
Análise de contexto	10	No capítulo 1 do relatório, o contexto encontra-se bem definido e analisado, percebendo-se sua influência nos resultados apresentados no capítulo próprio.	10	O contexto encontra-se amplamente definido no capítulo 1, com particular destaque para o planejamento estratégico em saúde.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Descrição de propósitos e procedimentos	10	Estão claramente descritos no capítulo 2 os objetivos e procedimentos avaliativos previstos, sendo depois claramente descrita a forma como foram implantados.	5	No sumário executivo e no capítulo 2, objetivos e métodos, há uma definição dos objetivos de forma clara, embora os procedimentos não se encontrem descritos com clareza. Há referência a fontes de dados, mas não há detalhe na descrição dos procedimentos de captura de informação, não sendo possível examinar os passos dados ou repeti-los.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Fontes de informação confiáveis	10	São definidas com clareza as fontes de dados, consideradas adequadas por serem intervenientes na implantação do PNDS ou por serem documentos relevantes relacionados com o plano em análise.	7	Embora as fontes de informação estejam identificadas e sejam adequadas ao processo avaliativo em questão, dado o contexto de instabilidade política vivido, "não foi possível chegar a obter dados de todos os intervenientes previstos". Não é possível fazer a monitoria do acesso às fontes inicialmente previstas por ausência de informação no relatório (ver procedimentos, padrão anterior).	Informações complementares alusivas ao relatório II obtidas com recurso das entrevistas realizadas.
Conclusões justificáveis	10	As conclusões foram enquadradas no contexto e permitem uma análise prospectiva dos resultados. "Tentamos ir além dos indicadores, tentamos relacionar com os ODM".	10	As conclusões foram enquadradas no contexto e permitem uma análise prospectiva dos resultados. Do trabalho, resultam recomendações que podem ser utilizadas em processos de planejamento em saúde futuros.	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.

Princípio de Precisão	Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II		
PADRÃO	VALOR DE CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO	VALOR DE CLASSIFICAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO	OBS.
Imparcialidade dos relatórios	7	Embora se creia, com base nas entrevistas, que os avaliadores tenderam a ser imparciais na avaliação realizada, não se encontra descrita no relatório de avaliação alguma estratégia ou método que previna distorções causadas por sentimentos ou vieses pessoais, sendo que a descrição detalhada dos procedimentos avaliativos concorre para a imparcialidade. "Pretendemos transmitir o que tinha de ser dito e fazê-lo de forma a criar como que uma alavanca, reconhecendo o que não havia sido feito, percebendo o que era preciso fazer", refere um dos avaliadores.	5	Embora se creia, com base na entrevista, que o avaliador tendeu a ser imparcial na avaliação realizada, não se encontra descrita no relatório de avaliação alguma estratégia ou método que previna distorções causadas por sentimentos ou vieses pessoais. Esse fato é agravado pela pouca clareza na definição dos procedimentos avaliativos. "Eu não concordo com algumas recomendações que deixo. Elas resultam e refletem o que foi dito durante as entrevistas realizadas", sublinha o entrevistado, salvaguardando a imparcialidade.	Análise feita sobretudo com base nos relatórios, atenuada por dados obtidos em entrevista com os avaliadores.

A excelência da ‘análise de contexto’ em ambos os relatórios de avaliação é reveladora da estreita relação dos avaliadores com o objeto em estudo. Porém, considerando aspetos processuais/metodológicos, o relatório referente ao PNDS I sobressai sobre o relatório alusivo ao PNDS II. Em ambas as avaliações é feita uma análise muito bem contextualizada da realidade vivida na RGB, sendo que o relatório intercalar de subsídios para a revisão do PNDS II, embora defina os ‘propósitos’ em que este é feito, não descreve de forma clara os ‘procedimentos’ do processo avaliativo, não permitindo por exemplo a sua replicação por outra equipa de avaliadores. Pressupondo que o avaliador recorreu a ‘fontes de informação confiáveis’, estas não são porém identificáveis no relatório nem descritas com detalhe. A ‘imparcialidade dos relatórios’ consegue-se se os procedimentos para elaboração dos relatórios incluem métodos que previnam possíveis distorções caudas por sentimentos/opiniões/vieses pessoais ¹⁵. Sobretudo no relatório intercalado de subsídios para a revisão do PNDS II não são descritos métodos que previnam distorções, sendo afluídos na primeira avaliação, onde os procedimentos avaliativos são descritos com maior detalhe.

Verifica-se porém que o objetivo deste segundo processo de avaliação não foi o de efetuar a avaliação final da implementação de um plano ou programa, mas sim o de obter subsídios para a tomada de decisão sobre a reformulação ou nova elaboração de um PNDS para a RGB. Assim sendo, o impacto destas falhas é suavizado pelo próprio objetivo da avaliação.

Considerando o padrão ‘procedimentos práticos’, conclui-se que em relação à avaliação de implementação do PNDS I, estes procedimentos embora estejam bem descritos e pareçam práticos de implementar, evidenciam algum risco de implementação se considerarmos o contexto da situação vivida pela RGB na data da avaliação. Segundo os avaliadores, para a avaliação de implementação do PNDS I, “*os procedimentos foram definidos em fase anterior ao deslocamento até a RGB, tendo sido feita a planificação exaustiva do processo avaliativo e seus procedimentos, incluindo, por exemplo, o cronograma de coleta de informação*”. O trabalho de preparação da avaliação foi feito sem um conhecimento integral, vivencial da realidade vivida então na RGB, que diferia daquela em que fora redigido o PNDS. Afinal, entre a redação do PNDS I e a avaliação da sua implementação ocorrera uma guerra civil com amplas consequências para o setor da saúde. Segundo os avaliadores entrevistados, no momento da avaliação, sucedeu que:

Levávamos uma estrutura de avaliação e ao chegar ao terreno os dados para calcular os indicadores definidos tinham desaparecido. Aqueles objetivos tinham deixado de fazer sentido. Houve um retrocesso, faltava tudo. Faltavam os RH, os recursos farmacológicos, as infraestruturas. Tivemos de adaptar a estrutura da avaliação àquele novo contexto.

Para o mesmo padrão ‘procedimentos práticos’, o segundo relatório apresenta a sua descrição de forma mais limitada no corpo do texto, sendo que o avaliador na entrevista realizada esclarece a forma como implementou a avaliação, adaptando os procedimentos à realidade contextual vivida no momento:

A avaliação foi conduzida num contexto muito difícil. No período da avaliação houve 3 ministros da saúde em que nenhum deles estava em fase de poder tomar decisões. A avaliação foi acompanhada por um dos diretores nacionais muito apoiado pelo diretor nacional de saúde pública. Devido à desorganização existente, eu mesmo tomava a iniciativa de telefonar e marcar reuniões. O objetivo

foi o de tentar ouvir o maior número de dirigentes nacionais possível, não apenas os do MINSAP mas também os institucionais, os programáticos, os regionais. Ouvi também os financiadores, pois a sua perspectiva é muito importante. (...). Foi ainda possível conduzir um processo de discussão, houve sessões plenárias entre dirigentes da saúde e parceiros do setor (...). Procurava confrontar a informação que obtinha nas reuniões e entrevistas com os dados quantitativos a que pude ter acesso.

Considerando o padrão ‘clareza dos relatórios’, segundo o qual estes devem descrever claramente o programa avaliado, incluindo o seu contexto e os propósitos, procedimentos e conclusões da avaliação, de forma a prover informações essenciais que sejam facilmente entendidas¹⁵, o relatório referente à avaliação e implementação do PNDS I é mais claro que o relatório intercalado de subsídios para a revisão do PNDS II. Salvaguardada esta assimetria pelo objetivo do processo avaliativo, importa ressaltar que ambos os relatórios são de excelência no que concerne à justificativa das conclusões encontradas, para que possam ser analisadas e utilizadas posteriormente, conferindo ao padrão ‘conclusões justificáveis’ uma avaliação de excelência para ambas as avaliações.

Finalmente, com relação ao padrão ‘avaliação completa e justa’, verifica-se que estão elencados em ambos os relatórios não apenas os pontos positivos e limitações, mas também sugestões baseadas numa análise profunda do contexto, numa abordagem realista dos pontos fracos e na valorização dos pontos de sucesso de cada um dos PNDS.

Ilustrando o descrito, no relatório de avaliação do PNDS I pode-se, por exemplo, ler:

Pode-se, assim, concluir que os serviços de saúde [...] continuam a não assegurar cuidados e qualidade [...] embora em alguns casos se verifique uma ligeira melhoria e um esforço mensurável de dotar o país de infraestruturas de saúde. É preciso, contudo, pensar no futuro e nesse sentido sugerimos [...]. A colaboração intersectorial e o estabelecimento de parcerias ficou aquém do que se esperava, pelo que é necessário [...].

No mesmo sentido, no relatório intercalado de subsídios para a revisão do PNDS II lê-se, por exemplo:

De uma forma simplista houve progressos importantes em dois eixos do PNDS [...], alguns progressos mal sustentados em quatro eixos [...] e em dois eixos resultados francamente insatisfatórios [...]. Apesar da instabilidade política que meneou a sua implementação e execução, o PNDS II teve o mérito de se manter como o documento orientador do setor da saúde e de contribuir para alguma estabilidade de um setor essencial para o desenvolvimento da sociedade guineense. [...] Como recomendações finais, damos prioridade às seguintes [...].

Indo ao encontro do segundo objetivo da presente meta-avaliação, verifica-se que estas avaliações foram amplamente levadas em conta no processo de planeamento que se lhes seguiu. Quanto à utilização de seus dados, na fase de planeamento, as sugestões deixadas pela avaliação anterior foram também levadas em conta tanto na elaboração do PNDS II como do PNDS III. Os relatórios de avaliação foram, em ambos os momentos, documentos chave para o processo de planeamento. “O resultado das avaliações de implementação dos PNDS foram e são amplamente considerado nos processos de planeamento em saúde”, refere um dos atores chave entrevistados. Outro ator chave refere, ao abordar o processo de elaboração do PNDS II que “a avaliação anterior foi levada em conta, os comités foram criados com base nas recomendações constantes no documento de avaliação”. Abordando o processo de PES que resultou na elaboração do PNDS III um dos entrevistados esclarece: “com base no relatório de avaliação da implementação do PNDS II é que foi tomada a decisão de redigir um novo plano, de começar de novo.”

Refletindo sobre os resultados

A relação dos avaliadores com os planos avaliados, e concretamente com o processo de PES na RGB, merece da nossa parte franco interesse e cuidado, procurando por um lado verificar a imparcialidade e, por outro, garantir a credibilidade da presente meta-avaliação, tomando por ponto de partida que cada estudo avaliativo é passível de ser tendencioso. As decisões que um avaliador toma sobre o que examina – métodos, instrumentos, grupos a ouvir etc. – influenciam o resultado da avaliação¹⁶. Os mesmos autores referem que a própria história pessoal do avaliador, suas preferências, sua experiência, afetam a forma de conduzir o estudo. Na presente meta-avaliação isto tornou-se um fato evidente e, na medida do possível, foi salvaguardada a imparcialidade, garantindo a credibilidade, pelas

estratégias metodológicas seguidas, as quais foram conformes a literatura consultada. O fato de terem sido considerados nesta meta-avaliação não apenas o conteúdo dos relatórios mas também informações obtidas de avaliadores envolvidos diretamente e de outros com alguma externalidade, de usuários das avaliações, de atores chave com diversas funções em PES, permitiu uma meta-avaliação participativa, enriquecendo os resultados obtidos¹⁶.

Uma avaliação precisa ser útil para aqueles que a encomendam e que nela têm interesse¹⁷. Ao longo de ambos os processos avaliativos, os avaliadores referem ter tido esta preocupação sempre subjacente. Por exemplo, perante a realidade da disparidade de contexto em que fora elaborado o PNDS I e em que decorreu a avaliação da sua implementação, um dos avaliadores refere que *“O grande desafio foi transformar situações avaliadas não desejáveis em contributos para o crescimento daquele país.”*

Ao ter sido feita na presente meta-avaliação a verificação da utilização posterior dos dados de avaliação de ambos os processos em análise, foi-se ao encontro de um dos grandes desafios da meta-avaliação - verificar em que medida os resultados foram utilizados, sendo a avaliação tão mais útil quanto mais usada posteriormente¹⁷.

Verifica-se que na RGB a avaliação da implementação da estratégia nacional em saúde, descrita no PNDS, é um dos passos do PES, melhor dizendo o primeiro do processo de planeamento.

Tendo consciência de que a avaliação não consegue ficar isenta das agendas de desenvolvimento^{18,19}, o processo avaliativo da implementação do PNDS, enquanto etapa de planeamento, foi segundo os avaliadores entrevistados, *“amplamente discutido com os parceiros”*. Segundo quem o viveu na primeira pessoa, apesar das exigências contextuais marcadas pela instabilidade política que se vivia nos períodos em que decorreram as avaliações em análise, *“foram trabalhos muito interessantes porque foram feitos numa perspetiva formativa”*. Como salienta um avaliador, referindo-se à avaliação de implementação do PNDS I:

Nós, equipe de trabalho, discutimos inclusive a forma de redação do relatório para que o que fosse escrito não fosse interpretado em forma de sanção pelo que não se havia cumprido, mas sim dando um estímulo, como que uma alavanca, para que,

reconhecendo o que não havia sido feito, se pudesse perceber o que seria necessário para que no futuro se conseguisse fazer.

As avaliações efetuadas são parte integrante de um processo que ainda que não espelhe progressos significativos em indicadores específicos, uma vez que o grau de implementação das estratégias definidas é reduzido, é exemplo de um exercício de PES num EF, permitindo abrir caminho a uma convergência de visão.

Especificidade como elemento diferenciador – a importância do contexto guineense

Um dos entrevistados sintetiza uma ideia-chave da presente meta-avaliação, no que diz respeito à especificidade das avaliações analisadas, enquanto parte integrante do processo de PES na RGB:

Com este processo de avaliação e planeamento, criou-se no MINSAP uma cultura de planificação. Podemos questionar o porquê deste desejo sempre presente de planear, quer a nível da saúde global no país, quer dos programas verticais, e o como se viabilizou a instalação desta cultura num cenário de tanta instabilidade contextual, como é o da RGB. Eventualmente, por influência dos parceiros, sobretudo financiadores, de quem existe tão forte dependência. O certo é que a RGB, ao nível do setor da saúde, pode não ter competência para os processos de planificação e implementação, mas estes têm uma forte expressão.

A fragilidade do Estado na RGB, com tudo o que esta implica em termos de contextualização do país, emerge como padrão de especificidade^{11,15}, ou seja, o fato de a RGB apresentar características de EF e de a análise de contexto ter sido amplamente considerada nas avaliações efetuadas, permite caracterizá-las como detentoras de mérito e de valor, uma vez que são avaliações adequadas e respondem às necessidades de informação dos interessados. A ampla consideração do contexto guineense na realização das avaliações em análise leva ainda à reflexão sobre a adaptação das metodologias de avaliação ao contexto onde ela é feita.

Avaliações bem planeadas e executadas são particularmente importantes em países com instituições frágeis e populações vulneráveis²⁰. Sendo a avaliação um esforço desafiador e

empolgante, deverá criar conhecimento confiável e útil através de práticas críveis e perspicazes²⁰. Verifica-se, porém, que é impraticável uma receita única para avaliação - muitos dos princípios de avaliação, pressupostos e práticas que se desenvolveram em países altamente desenvolvidos são considerados inadequados para contextos menos desenvolvidos²¹. Em nível global existe uma preocupação crescente com o fato de que uma abordagem de avaliação padronizada de acordo com o modelo de avaliação ocidental nem sempre é apropriada em contextos culturais e de desenvolvimento distintos²¹.

Considerando concretamente os países em desenvolvimento, verifica-se a preponderância de atores externos, como a comunidade de doadores, na formalização da prática de avaliação. Estas abordagens orientadas pelos doadores são causadoras de insatisfação e têm levado à reflexão sobre a necessidade de adequar e adaptar estratégias de avaliação a diferentes contextos socioculturais, políticos, económicos e ecológicos¹⁹. Segundo os mesmos autores, esta reflexão é motivada pelo pressuposto de que a metodologia é sensível ao contexto.

No que se refere ao Continente Africano, constata-se que até à década de 80, a avaliação foi em grande parte impulsionada por atores internacionais, sendo que ainda nos nossos dias as avaliações na África são sobretudo encomendadas por partes interessadas não-africanas, que compreendem principalmente doadores internacionais ou agências de desenvolvimento, os quais administram ou financiam programas de desenvolvimento no continente²¹.

Embora o desejo de conferir à avaliação a relevância cultural esteja atualmente no centro do discurso sobre avaliação, as tentativas globais de implementar práticas culturalmente sensíveis ainda não conseguiram integrar as vozes africanas²². Perante a constatação de que o atual paradigma de avaliação ocidental não é sempre aplicável ao contexto africano, emergem, na comunidade de avaliadores, argumentos a favor de um paradigma de avaliação orientado para a África, devendo este ser mais adequado às condições, culturas e instituições africanas²¹. Esta reflexão desafia aqueles que acreditam em processos de avaliação orientados unicamente por indicadores quantitativos que negligenciam o que é menos tangível. Por outro lado, reforça a necessidade de enquadramentos institucionais que facilitem abordagens participativas e reconheçam os sistemas de valor que apoiam a avaliação e apelam aos Estados para que recorram à avaliação para melhorar a natureza de

suas abordagens de governança²⁰. A comunidade de avaliadores defende acordos entre o governo, a sociedade civil e as empresas para permitir a reflexão sobre o mérito e o valor das avaliações e promover o seu uso²⁰.

Em suma, urge considerar o contexto, e nele a cultura dos povos, como uma parte inegavelmente integrada nos diversos contextos de avaliação e, portanto, parte integrante da avaliação. A cultura está presente na avaliação, não apenas nos contextos em que os programas são implementados, mas também nos projetos desses programas e na abordagem ou métodos que os avaliadores optam por utilizar²².

3.3.4. Conclusões

Mediante a existência de dados de avaliação da implementação dos PNDS - documentos de orientação estratégica nacional para o setor da saúde na RGB - foi realizada uma meta-avaliação. Deste trabalho é possível tirar ilações sobre a qualidade metodológica e processual de cada uma das avaliações analisadas, contribuindo assim para que as que se façam no futuro possam cumprir cada vez mais a excelência de procedimentos. As maiores contribuições, porém, prendem-se com a conclusão evidente da relação entre avaliação e planeamento e com a relação com a especificidade destas avaliações – a de serem feitas no contexto de um Estado africano classificado como frágil.

O presente trabalho deixa o desafio de aprofundar a temática do PES na RGB, lendo a sua história no contexto dos EF. Por outro lado, o fato de os dados de avaliação serem utilizados em planeamento abre a curiosidade para olhar para processos específicos que emergem das avaliações e planificações, como é o caso, por exemplo, da formação de recursos humanos da saúde.

Os PNDS criaram no MINSAP ‘uma cultura de planificação’, amplamente motivada pelos financiadores do setor. Estes documentos acabaram por ser a referência em cenários de instabilidade, demonstrando estar a montante de quem governa, resistindo às adversidades e focando os desafios da sustentabilidade do setor da saúde da RGB.

Há que se sublinhar que, provavelmente pelo amplo conhecimento que os avaliadores detinham sobre a realidade da RGB, estas avaliações foram ao encontro do desafio atual de

introduzir na análise a questão dos contextos e espaços culturais em que a pesquisa avaliativa ocorre, considerando o contexto e a cultura local como parte integrante da definição metodológica da avaliação.

Como advertência para processos futuros em que isso não seja intuitivo, fica a reflexão sobre a necessidade de olhar para as avaliações como empreendimentos complexos influenciados profundamente pelo contexto, bem como pelas pessoas envolvidas - conjugar os propósitos de uma avaliação com as reais necessidades e prioridades das partes interessadas é essencial para garantir a utilização dos resultados da avaliação, no sentido de fundamentar a tomada de decisão.

3.4. ESTUDO IV - Can the deterioration of health workforces in post-conflict states be halted? Insights from Guinea Bissau on the nature and evolution of its persistent crisis

(O estudo resulta do trabalho conjunto de Clotilde Neves, Enrico Pavignani, Giuliano Russo e Cátia Sá Guerreiro, encontrando-se publicado na Revista Human Resources for Health ¹ (ver anexo VIII).

3.4.1. Introduction

Human resources for health (HRH) have long been recognised as a critical component of any health system ², due to their large financial implications ³ and the way they shape its functioning. In situations of conflict and prolonged governance disarray, health systems get critically distorted, with consequences lasting well into the years after the end of turbulence ⁴. The health workforce gets particularly affected by violence, as its numbers in the field decrease, professionals are victims of attacks and migrate, while accelerated and unplanned training may expand the supply of under-qualified health personnel ⁵.

Attempts have been made in the past to conceptualize post-war health system reconstruction and human resources for health ⁶, with the objective of identifying the support needed to overcome the flaws induced by protracted disarray ⁷. A review of the HR field ⁸ concluded that while aspects such as the health workforce supply, education and recruitment in post-conflict situations have been investigated, others such as deployment and governance have not been adequately covered.

Where the state is absent, underfinanced or plainly failed, the applicability of widely-held concepts, such that of a national health system covering a clearly-demarcated territory managed by recognized health authorities, to many healthcare spaces multiplying in the global South is called into question ^{4,9}. Thus, conventional health policy and planning tools fall short of capturing the complexities of disrupted systems, not least because of the paucity of reliable health and systems data in such circumstances ⁵.

Others have explored political economy aspects of human resources for health and of related policies ^{10–12}, as well as the role of human resources for health in the state building process after an armed conflict ¹³. The complex remuneration of health workers, generated by multiple activities in under governed contexts, have also attracted the interest of scholars ^{14,15}. This new stream of literature enables an analysis of the HRH field in a unusual way, and encourages the inclusion of situations so far inadequately researched. Guinea Bissau offers itself to scrutiny as one of the poorest and most dysfunctional states in the world. Unlike other equally derelict countries, possibly due to its small size, marginal strategic value and lack of natural resources, Guinea Bissau and its health system have received little attention from the press, the international community and researchers, despite its persistent state of crisis ¹⁶.

Analysing health systems in under-governed states like Guinea Bissau is particularly testing, given the informalisation of key aspects of healthcare provision and the subsequent unreliability of official data ⁴. To penetrate these murky situations, research must move beyond the façade of formal structures and investigate the real transactions going on behind it ¹⁷. Alternative interpretations of reality would in turn generate alternative interventions. The present study aimed at analysing the HRH situation in Guinea Bissau in light of the recent literature on health systems in fragile states, with the objective of identifying the key forces shaping the development of its health workforce, the resulting distortions and the counter-measures to be considered.

3.4.2. Background

Swamped in political instability, underdevelopment and stalled economic growth since its independence ¹⁸, Guinea Bissau exemplifies the state that, far from having ‘failed’, has never functioned as expected ¹⁹. Up to today, the country has experienced a stint of socialist rule, a spell of civil war, prolonged political and military unrest during the last forty years, and most recently, has become a hub for international drug smuggling routes ²⁰. The latest military coup in connection with the 2012 presidential elections came to shake once again the precarious balance of power; after the latest 2014 elections, a recognised government is currently in place ²¹. In 2014 the country was ranked 176th out of 187 in the UN Human

Development Index (The World Bank, 2014; UNDP, 2014), with the poverty headcount ratio at 69.3% in 2010 - up from 64.7% in 2002.

With a GDP of just above 1 billion USD (550 USD-PPP per capita), Guinea Bissau has a small economy. Economic growth averaged 2.5% in the last five years, although following the resumption of donor financing after the latest *coup d'état* and thanks to sustained international prices for cashew nut - the country's key export – the economy expanded by 5.1% in 2015 ²². Net Overseas Development Assistance accounted for 10.6% of the Gross National Income and financed 46% of public spending; dominated by non-tax sources, such as customs duties and fishing licenses, internal revenues represented 14% of the country's wealth. In 2015 the wage bill accounted for 51% of the government budget ²³. In their latest assessments, international agencies advised that broadening its tax base, managing the wage bill, and improving tax collection will be the key public finances challenges faced by the government in the coming years ²⁴. Whether such a frail state administration can realistically pursue such reforms is doubtful.

Total health spending is estimated at 5.6% of GDP, with just 21% supported by public funds, and out-of-pocket expenditures representing 62% of private contributions (The World Bank, 2016). The Ministry of Public Health was allocated 8% of government budget in 2015, with salaries taking up 72% of public health expenditures ²³. It is a shared opinion that Guinea Bissau's presumed future fiscal position does not bode well for its poverty reduction plans.

Life expectancy in Guinea Bissau is estimated to be 55.8 for women and 52.8 for men, with under 15-years olds representing 42% of its population ²⁵. The country's epidemiological profile is dominated by poverty-related communicable diseases such as respiratory infections, malaria, AIDS (prevalence of 3.9) and tuberculosis ²⁶. Infant mortality was estimated in 2014 to be around 55/1,000; 32% of under five children were measured to be underweight. Some recent UN estimates put maternal mortality at 900/100,000 ²⁶. The country's health system structure has changed little in the last 40 years, with a wide base of basic health units supported by community health workers and traditional birth attendants, health centres staffed by civil servant health staff and organised around outreach programmes, 5 regional hospitals with some surgery capacity, and one central hospital

located in the capital city – the Simão Mendes Central Hospital ^{27,28}. Overall health coverage was estimated to be 34% in 2010, down from its pre-war level of 40% ²⁹.

Despite recent attempts to revitalize its health system, health indicators are sagging, and there are indications its already shaky health workforce is deteriorating further ³⁰.

In 2015 almost 27,956 assisted deliveries and 171,135 ante-natal care visits were recorded for a population of 1.5 million (Table 7 below). Just 2,221 Cesarean sections were performed, 66% of which in the capital city area. Despite the limited supply of hospital beds, across the year just 1.4 new admissions were recorded per surgical bed, 5.1 for obstetric, and 2.6 for general medicine ones.

Tabela 7- Public health system selected in-patient and outpatient activity indicators (2015, twelve months)

Fonte: INASA (2016): Boletins mensais de 2015

Province	Population	Mother and child care				In-patient surgical care		In-patient obstetric care		In-patient general medicine care	
		Assisted delivery	Cesarean sections	Complications -related transference	Antenatal visits	Admissions	Overall beds	Admissions	Overall beds	Admissions	Overall beds
Bafata	214,541	3,257	228	267	25,217	103	156	2,194	286	3,941	1,034
Bijagos	23,728	452	0	11	3,315	1,009	96	124	54	669	393
Biombo	99,364	2,257	37	209	13,708	225	1	1,792	99	2,164	401
Bolama	10,900	169	0	4	942	0		26	108	291	487
Cacheu	197,634	3,121	138	386	24,116	203	394	1,024	569	2,286	1,055
Farim	51,545	847	4	139	7,329	13		781	80	604	253
Gabu	219,586	3,681	135	249	28,212	168	188	2,322	277	906	135
Oio	178,348	2,350	147	392	19,400	11	157	288	213	1,206	862
Quinara	64,909	896	0	75	6,554	45	61	712	345	2,253	777
Greater Bissau (SAB)	97,282	9,345	1,467	451	29,707	1,338	1,130	9,535	1,582	10,177	3,493
Tombali	389,918	1,581	65	114	12,635	67	85	1,190	296	1,614	1,059
Total	1,547,754	27,956	2,221	2,297	171,135	3,182	2,268	19,988	3,909	26,111	9,949

3.4.3. The methodology used

We started from the assumption that, because of its exogenous and endogenous shaping, a health workforce acquires specific features – the distortions – essentially similar to what is observable in other disrupted states, even if the mix and intensity of each are distinctive of the country under analysis (Figure 11). Crucially, the boundaries between formal and informal workers of such health workforce are often blurred, and it is hard to acquire a definitive idea of its size ³¹.

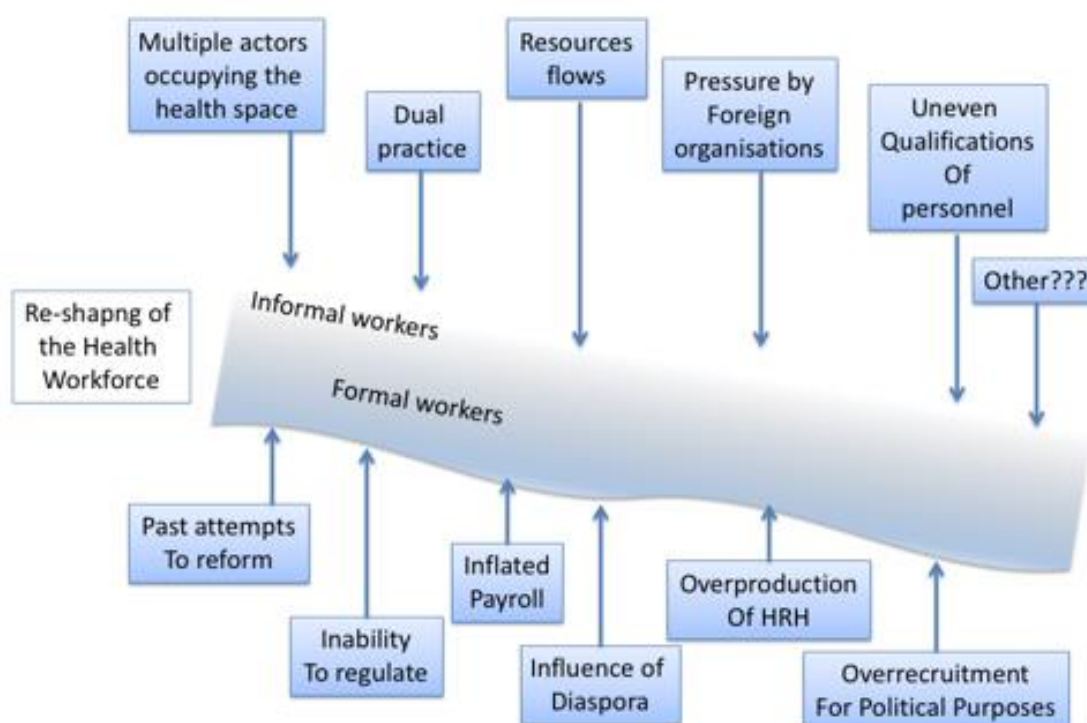


Figura 11 - Conceptual framework to understand the alteration of the Guinea Bissau health workforce through potential shaping factors and ensuing distortions

Through document analysis, focus group, semi structured and in-depth interviews, we aimed at assessing the presence and combination in the Guinea Bissau case-study of the typical distortions observed in similar settings, such as: (a) the empty void vs. crowded space characterisation ⁹; (b) the commercialisation of health services ³²; (c) the influence of

different forms of multiple employment ³³; (d) resource flows into the system ¹²; (e) less-than-transparent influence of foreign organisations in the health arena ³⁴; (f) poor quality of training; (g) diverse qualifications of health personnel ³⁵; (h) over-recruitment for political purposes; (i) imbalanced distribution of personnel; (l) failed past attempts to reform the sector ¹¹; (m) inflated payrolls; (n) the influence of the diaspora on the labour market.

Data collection and data analysis

Published and unpublished documents in Portuguese and English from the 1970es and 1980es were first reviewed on: (a) the historical and political crisis in Guinea Bissau; (b) the Guinea Bissau health system and its evolution, (c) health policy documents, and; (d) health systems under stress. PubMed, Scopus, Googlescholar and EconLit databases were searched for terms such as “Human Resources for Health AND Crisis”; “Guinea Bissau AND Health”; “Conflict AND Human Resources”; “Portuguese-speaking African countries AND Human Resources for Health”; “Diaspora AND Human Resources for Health”; “Health systems AND Post-war Reconstruction”. The World Bank and WHO health databases, and UNICEF MICS across several years were used as data sources.

Data on the characteristics and deployment of the current health workforce of Guinea Bissau and on training outputs were obtained from the MoPH’s National Directorate for Human Resources (DNRH) and from the National School of Health (ENS). An original Excel database was built containing information on sex, age, category, current deployment and remuneration for each individual health worker currently employed in the health sector.

An inception focus group ³⁶ was conducted with 7 health officials purposively selected by and among the country’s current ENS training institution in Bissau, to brainstorm ideas on the evolution of the health workforce since independence, on the key distortions and shaping factors, and on potential informants for the interviews. Fourteen semi structured ³⁷ and five work and career history in-depth interviews ^{38 39} were conducted in Lisbon, Bissau and Bolama districts by two researchers. Key informants were selected among policy-makers, government officials, health workers, international health organisations personnel,

and identified through a snowball technique. Interviews were stopped when saturation point was reached for the key themes.

The semi-structured interviews touched on: (1) the interviewee's appraisal of the current HRH situation in Guinea Bissau; (2) his/her opinion/knowledge on its evolution; (3) identification of key turning points that modified the HRH along the last decades; (4) personal perceptions of key problems; (5) probing the key distortions identified from the literature (see the Interview Guide in Annex I). Work history interviews explored health workers' experience of entering the health system, his/her recruitment, training, deployment, current and past work routines, and sources of revenues (see Work History Guide in Annex III).

Interviews were conducted in Portuguese between February and March 2016. Semi structured interview lasted for between 45 and 90 minutes. In-depth life story interviews lasted for over 2 hours. They were all audio-recorded and analysed for contents, according to the shaping factors and distortion categories identified in the literature; then they were traced and triangulated across interview groups; finally a narrative of events was constructed for the evolution of the crisis, stakeholder influences, dominant distortions and their combination. Individual informants were asked to confirm specific narratives during the paper's writing-up, to ensure internal validity.

3.4.4. Results

Evolution of the health workforce

As with other African countries, Guinea Bissau's pre-independence health system was essentially oriented towards curative, hospital-based services, and designed around the needs of the white population residing in or visiting the country ⁴⁰. Physicians and other senior cadres were either from Portugal and Cape Verde, while lower-level health workers were trained locally in the main health care institutions. With independence from Portugal in 1974, the totality of foreign physicians and a considerable proportion of older Guinean nurses fled the country, attracted by the prospect of claiming retirement benefits from the new Portuguese State, in what was identified by the interviewees as the first wave of health workers' diaspora (Figure 12).

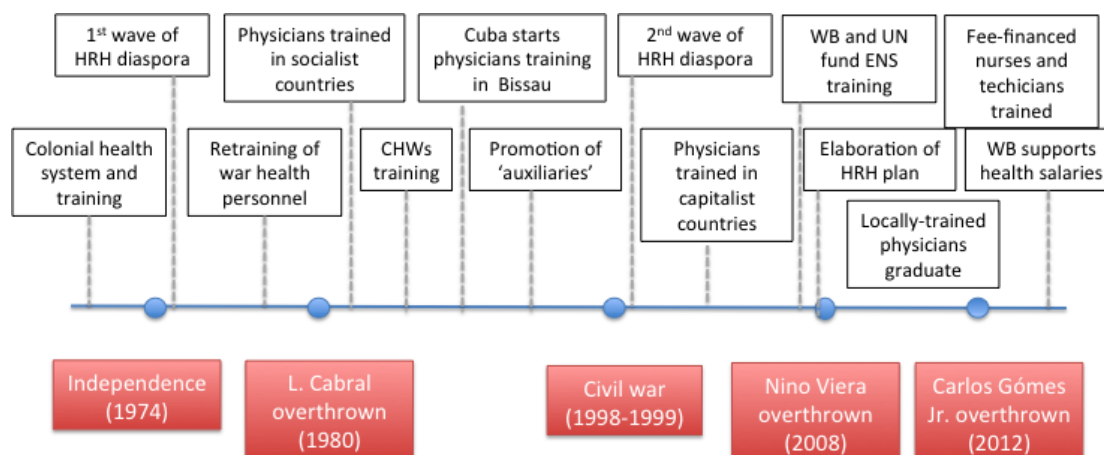


Figura 12 - Timelines of historical events and their repercussions on Guinea Bissau's health workforce

Re-training and integration of war health auxiliaries – known as *socorristas* – started in 1976 in the Nhala and successively in Bolama training schools. Because of the connections with socialist countries created during the independence struggle, Guinea-Bissau was offered medical training scholarships for prospective physicians in the then-USSR and Cuba, with the objective of filling the void left in the health system by the decolonisation process. The 1980 coup overthrowing first president Luís Cabral is seen as a sea change for Guinea Bissau towards a market-oriented economic model; for many interviewees this shift was not free of consequences for the motivation of health workers to serve in the public sector (see section on Commercialisation of the healthcare provision).

Community Health Workers (CHWs) were trained in the 1980s by European NGOs ⁴¹, and their utilisation was consolidated in connection to the launch of the Bamako Initiative (BI) in the country, a revolving drug funds scheme aimed at financing healthcare provision ⁴². The National Health School (ENS) was established between 1992 and 1995 in Bissau with the objective of training and upgrading nurses and health technicians, while the local university started training physicians with Cuban support. In this short period the World Bank and UN agencies funded HWs' training.

A first attempt to define a HRH plan was carried out in 1996, with the aim of consolidating the presumed gains of a primary care oriented strategy implemented the health workforce

development in the previous 25 years. Amid security concerns, those who could fled the country, in what was identified by our interviewees as the country's 2nd health workforce diaspora. Recently trained senior cadres left, aided by a relaxation of hosting requirements set by the international community for refugees.

“[...] in the first diaspora it was mostly elder nurses who left, but now it was physicians, managers and senior government officials.... We were left with nobody to run the [health] system”. Policy-maker-003.

The practice of patients' referrals - where a health worker is needed to accompany his/her ailing patient abroad - became common and reported to have represented a corridor for physicians desperate to leave a derelict system behind. Training abroad, however, did not stop during the war years, and many of the senior doctors these days in key government positions received their education in that period, mostly in European universities.

After successive coups and election rounds, João Bernardo (Nino) Vieira established himself as the country's strongman in 2004, which brought back funds and international support for the health sector. The Cuban Brigade returned to training physicians in Bissau in 2005, with The World Bank funding the restructuring of ENS, its mid-level training courses, and the development of the second National Plan for Human Resources Development (PNDRH II) through 2008⁴³. When Nino Vieira was assassinated the country was hurled back to political turmoil, with the international community focussing more on peace building than on health service provision²¹.

The first locally trained physicians started graduating and entering the health system in 2013, and the ENS began to run nursing and technical courses funded exclusively through student fees. The economy started to regrow, in particular in the capital city Bissau Autonomous Area, today home to a third of the country's population⁴⁴.

Key forces shaping the development of the Health Workforce in Guinea Bissau

Scarcity of funds and political instability emerged as the two key forces shaping human resources for health in Guinea Bissau between independence and the modern days. In absolute terms, markedly little money is currently allocated to health salaries by the state

budget; the total wage bill for the health sector in 2015 was XOF216 million per month (\$393,392) for the 2,173 cadres employed in the sector. Remarkably, the State only pays for healthcare-related salaries, with all other expenses (medicines, goods and services, investments) being partially covered by external funds and by health facilities' own revenues. Incomplete data on external assistance combine with absent information on paid user fees to obscure true financing levels.

Together with professions in the education sector, public health sector jobs are widely considered privileged in comparison to other civil servants, having been protected against cuts. Health employees' average salary was \$169 per month in 2015, with nurses paid on average \$177, physicians \$291, and specialists \$380⁴⁵. Salaries are typically paid with considerable delays – although with arrears – and it is considered the norm for new recruits to receive their first payments only one year after starting the post. Failure to pay regular salaries to health workers was mentioned as one of the causes of recent strikes. After the latest contested election results, the World Bank agreed in 2014 to provide earmarked funds for health personnel expenditures from its Social Protection programme, to avoid health workers walk-outs, decrease the rising tension and minimise the risk of civil unrest. The state's inability to provide for its employees was seen by many as one of the key weaknesses of the system.

“If you cannot even pay for salaries, you're not a State; you are just an added coach to the World Bank's train!”. Government official-001

Personnel lists were cleaned and consolidated for the health and education sectors between 2014 and 2015, and a new personal bank account-based payment system introduced to eliminate ghost workers in these employment sectors, the country's two largest. However, The World Bank's support to personnel expenditures was terminated at the time of writing for alleged management irregularities, and for the government's failure to avoid health workers' most recent walk-outs (December 2015).

The term “political instability” (PI) was called upon by all our interviewees as the major determinant of the country's current situation, with alleged pervasive ramifications for the health workforce. Since independence, the country has experienced 18 coup attempts, and recently three health ministers were changed in as many years³⁰. HRH development is

forcibly undermined by such constraint. Additionally, domestic turmoil provokes donor reactions, in turn affecting the resources allocated to healthcare provision. On the other hand, the ritual invocation of PI offers a convenient screen behind which health workers adopt questionable behaviours, and managers abstain from sanctioning them.

The term ‘political instability’ was used loosely by our informants, at times employed to explain the phenomenon of governance failure, and other times to describe its consequences. At least five different interpretations of this concept were identified, namely:

- a. Political instability as the recurring turnover of politicians, policy-makers and mid-level managers, which would prevent policies being upheld, and plans implemented. Arguably, such officials cannot be held responsible for carrying out demanding tasks and for taking initiatives. The awareness of the limited time they are likely to spend in office breeds short-termism among government officials, who therefore dedicate their efforts to seize low-hanging fruits in the best of case, or plainly to get access to public resources in the worst.
- b. PI as disruption of financing flows, as after each coup attempt or civil unrest public sector salaries and foreign-sponsored health programmes get interrupted – this was described by one informant as *“turning off the tap when the situation cyclically deteriorates”*.
- c. PI as an inherent vulnerability of all public institutions, exposed by the slightest of adverse events, coupled by an incapacity to put up a response at any level – a sort of systemic vulnerability (*“[.....] our country’s like a patient without his immune system: any issue turns into a disease”*). Health worker-005.
- d. PI as lack of economic development stemming from the country’s weakness. At times used as an excuse for anything wrong in Guinea Bissau, some of our informants explained that *“....patients don’t have the money to pay for [user] fees because of the political instability”*. Health worker-002.

Poverty, and the state frailty induced by meagre tax yields, is therefore conflated with turbulence, a manifestation of as well as an aggravating factor for state withdrawal.

- e. PI as inability of the government to exert power by controlling, monitoring and evaluating the application of the rule of law, and of itself being frequently an egregious violator of it.

International aid in the health field has changed considerably in direction and intensity over the years, first inspired by geopolitical motives in the years following independence, and more recently motivated to a large extent by global security and drug smuggling control concerns ²¹. The development of the national health workforce has been swayed by the Portuguese former colonial power offering refuge to professionals during the two diaspora waves, as well as by the ideologies and technical expertise of those former communist bloc countries – particularly Cuba - offering opportunities for training abroad first, and then creating capacity for training physicians locally.

Lower-level training has been intermittently supported by UN agencies and the World Bank, as well as by a short-lived attempt in the 80s by the Dutch cooperation to train Community Health Workers ⁴¹. Because of the comparatively limited interest and involvement of bi-lateral international agencies with successive Governments, Non-Government Organizations have traditionally played a substantial role in health service delivery in Guinea Bissau. Faith-based organizations – particularly those linked to the Catholic Church – were among the few to remain in the country during the war years; they are still considered to to these days one of the few providers of quality services in the capital city areas.

More recently, the international aid community has withdrawn from funding HRH training; it is however striking how donors have adopted diverse positions in the Guinea Bissau's health sector, ranging from the European Commission's decision to unilaterally withdraw from engaging public health institutions, to the World Bank earmarking of salary funds for the social sectors. NGOs – particularly Portugal-based ones – have since thrived, ready to occupy the space and funding once channelled to activities carried out by the national government; the large EU-funded Integrated Mother and Child Health Programme is largely managed through NGOs contracts.

For Guinea Bissau, aid dependency translates into accepting donor agendas, with their proliferating priorities, changing fashions and de-contextualised decision-making. Some of these agendas have shaped domestic developments in depth, and not always in the way expected by aid agencies. The Bamako Initiative is illustrative of such pattern; its impact on the health workforce, and in turn on access to health care and on its quality, cannot be ignored.

Commercialisation of public services

Together, the forces described in the previous section have commoditised healthcare provision, as witnessed in healthcare arenas as diverse as Cambodia ⁴⁶, Lebanon ⁴⁷, and Somalia ⁴⁸. It is an open secret in Guinea Bissau that fees are charged for any of the health care system's outputs.

Statutory fees – and respective exemptions - are in truth defined for specific services and drugs, with the stated objective of recovering drug costs and providing health facilities with a management fund; but in practice such fees have been hijacked by health professionals, with charges reported to be erratic, arbitrary, and at times unreasonable . While this ubiquity of illegal charges is well established for the comparatively prosperous capital city area ³³, our interviews revealed the practice to be extended to the poorest rural areas.

“[...] No sir, this is the way it works here [in Bolama]: treatment for uncomplicated malaria is worth XOF7,000 [\$12.72], complicated malaria cases [involving intravenous drips and second line treatment] twice as much, and a Ccaesarean section in Simão Mendes Central Hospital is XOF37,000 (\$63.3)”. Health worker-001.

As no financial system seems to be in place to truly recover the costs of the resources used by the facilities - apart for the BI-inspired drug revolving funds through which Health Care Units purchase their drugs at subsidised prices from the Central Drug Store - revenues from charges are entirely captured and managed by health workers acting as managers (“No money goes back to Bissau, just the [health statistics] data”. Health worker-002).

Unaffordable charges were identified as the true reason behind low service utilisation in the poorest rural regions. While the existence of a flourishing traditional medicine system

- divided between medical plants healers (*djambakôs*), Islamic therapists (*mouros*) and shamans (*curandeiros*) - is documented for Guinea Bissau ⁴⁹, little evidence was found of informal health practitioners for the poorest rural areas. For the comparatively richer and more dynamic Bissau area, informal drug stores (*boutiques*) were reported to often associate with independent health workers from the public service to offer some form of health care services – a sort of “medicine cum informal consultation” service.

This system of informal charges was touted to be so institutionalised among health professionals and users alike, to be taken for granted as the official way of supplementing meagre and irregular salaries in poor regions, and to make a decent living in the more expensive capital city. The health workers interviewed declared seeing the issue of charges as intimately related to their low and erratic remuneration. Many declared feeling “abandoned” by the State, which barely pays for salaries, but leaves health professionals fending for themselves for recurrent expenses. As a result, many stated having to turn into managers to use these unofficial resources to run public services, purchasing drugs, hiring local support staff, paying for transport and maintenance. Predictably, informants did not mention the portion of fees they pocket.

“....with that money you have to first pay for drugs. Then you pay for petrol and small maintenance repairs. Then you pay for the ‘locally contracted’ staff. But as this month the money is tight, I have already told them they will have to wait for next month to be paid.
Health worker-003.

As no effective inspection system is in place for the health sector, the nature and extent of charges and mark-ups were reported to depend exclusively on the goodwill (and creativity) of the most senior officials in charge, on their ability to enforce those charges, and on the market to take the price.

“I am not against the health service charges, but to me the real shame are the ‘fines’ some health workers charge to those women who do not deliver in the health centre, or do not bring their kids to get a jab”. NGI-001.

Although complaining about the meagre public earnings, as well as the distance from the capital city, health workers inevitably seem to be adjusted to the current living conditions, allocating time to other daily chores and alternative profit generating activities.

“...I wake up very early every day. Before going to work I have to procure ‘mafé’ [a meal’s protein ingredient accompanying the staple rice dish] for my family’s dinner. Then I go to work. Now that it’s the cashew nut harvest time I have to leave early to check on the workers tending my trees”. HW-002.

Commercialisation pervades the healthcare arena beyond the fees charged for the services provided. Professional training has been turned into a business, offering another manifestation of the same process, as described in the next section.

Distortions in HRH training and deployment

The public health sector currently officially employs 2,173 workers in Guinea Bissau, of which 264 physicians and 1,027 nurses. In relation to the served population, there were 1.7 physicians and 11.5 health workers per 10,000 inhabitants in 2016. Over the recent years, the impact of the war-related diaspora on the workforce has been noticeable, particularly in terms of the loss of skilled cadres between 1996 and 2007 (table 8).

Tabela 8 - Evolution of the health workforce between 1996 and 2016, by categories

Category	1996	2007	2016
Physicians	165	104	264
Nurses	357	300	1,027
Midwives	67	177	141
Technical staff	276	199	244
Support	417	642	98
Other (aux.)	1,043	696	399
Total	2,325	2,118	2,173

Sources: PNDS I (1997); PNDS II (2008); DNRH (2016)

Although on balance the health workforce has been relatively stable during the last two decades, progress has been registered in terms of the upgrade of auxiliary health personnel, and of the reduction of support staff in favour of training general nurses and physicians

^{50,51}. While the overall number of physicians has grown by 37.5% in 20 years – enough to offset the significant decrease registered in the post-war years – the nurses employed in the public system experienced an almost threefold increase in the last decade.

Interestingly, despite the lack of resources and low service utilisation, additional support staff is often recruited locally, including non-health personnel, retired technical staff, or recently qualified health workers waiting to be appointed. These health workers tend to escape capture in the reporting, both in relation to their presence and remuneration.

“...yes, I worked here as a lab technician for over 40 years. When I retired, I offered to continue supporting the health centre with my expertise. But with the new [bank-based] payment system I stopped receiving my salary, and I receive payments irregularly, depending on the tasks I carry out”. HW-004

Tabela 9 - The officially recorded Health Workforce in Guinea Bissau, by category and regional deployment (2016)

Category	S.A. Bissau		Other provinces		Total	
	No.	As % of Total	No.	As % of total	No.	As % of Grand total
Population	389,918	25%	115,783 6	75%	1,547,754	100%
Specialised physicians	15	54%	13	46%	28	1%
General practice physician	119	50%	117	50%	236	11%
Other higher education personnel	128	80%	33	20%	161	7%
Nurses	409	40%	618	60%	1,027	47%
Midwives	75	53%	66	47%	141	6%
Technical staff	147	60%	97	40%	244	11%
Auxiliary	39	74%	14	26%	53	2%
Auxiliary nurses	50	45%	61	55%	111	5%
Administrative pers.	58	78%	16	22%	74	3%
Support staff	59	60%	39	40%	98	5%
Grand Total	1099	51%	1074	49%	2,173	100%

Source: DNRH (2016). Note: locally-recruited cadres not included in this count.

In 2016, 60% of all health workers were female, although women represented only 31% of physicians. The nurse to physician ratio was 3.89 for the whole country. The ratio of

combined nurse, auxiliary nurse and midwife to physician was 4.84, with substantial differences between the ratios in the capital city (3.05) and remote rural areas such as Quínara e Bijagós (16.00 and 14.67, respectively).

Looking at the deployment of health cadres in 2016, substantial geographical unbalances emerge, as 51% of all physicians, and 40% of all nurses are up to today still based in the Bissau Autonomous area, home to just 25% of the country's population. Populous regions such as Bafatá and Gabú show a systematic disadvantage in the deployment of all types of health personnel in favour of the Bissau and neighbouring Biombo areas (Table 9).

Arbitrary deployment was widely reported to be a key issue; although attempts have been made to establish a Deployment and Transfer Commission defining rules and standards to allocate new health personnel to health regions according to needs, assigning health workers to healthcare units is still to these days a largely opaque practice, subject to political pressure and influences.

“...we are trying to set standards, rules and procedures, but so far the commission has not met regularly, and if we receive a request from high-up to transfer somebody to Bissau, we have no way of saying no”. Health official-002.

Staff deployment driven by the motivations of health workers rather than health service needs is a widespread phenomenon ⁵², only more visible in an under-governed healthcare arena. Compounding the frailty of management structures, the inadequate enticements offered to staff reluctant to accept hardship posts cannot redress the strong forces at play. Moreover, health authorities short on relevant information could not conceivably decide about actual service needs.

Health personnel training increased dramatically between 2009 and 2015, with the reformed ENS graduating 1,125 health cadres ⁵³, against the few hundreds projected by the PNDRH, and the local Faculty of Medicine graduating in excess of 100 general physicians with the support of the Cuban Brigade. The training of nurses in particular was expanded, despite failing to receive any external or state fund – 829 new nurses over 7 years. Since 2009 recurrent expenditures for such courses have been supported exclusively by student fees, in the Bissau main training school as well as in its southern outposts (*polos de*

formação), these latter now discontinued. Despite the relatively high fees (approximately USD500 over the two-year course), such courses were reported to be routinely oversubscribed.

“For every nursing course we have 100 openings, but at times we receive over 2,000 applications! [...] but the quality of such applicants is not good – sometimes we have to lower the minimum grade accepted, and go down to 9 [out of 20]”. Policy-maker-005.

Physicians are to these days both trained abroad, and locally through the Cuba-supported local Faculty of Medicine; more recently, two private medical schools started courses of general medicine in Bissau, although curricula and facilities are still to receive accreditation from the MoH, and one of the schools was shut down for irregularities at the time of writing.

The majority of the interviewees identified quality of training as a pressing concern. Although training curricula were reformed and updated, factors like (a) applicants’ basic literacy level; (b) poor quality of teachers; (c) high teachers to students ratios, and; (d) sub-optimal practice sites, were cited as key stumbling block to raise training standards in the country.

“The new nurses we get here sometimes can’t read and count properly, not to mention mastering the basics of clinical care. The old ones that should teach them have already gained too many ‘vices’, and are plainly not interested in passing on expertise”. NGI-001

Local church and NGO representatives working with clinical personnel claimed to have needed to retrain the health workers assigned by the MoH before employing them in their own facilities, for lack of required skills.

3.4.5. Discussion

This study of Guinea Bissau’s health workforce confirmed many of the attributes found elsewhere in under-governed countries, but also presents original features worth highlighting. Privatisation from within, commoditisation of health care, privately-sustained production of health workers, are some of the recognisable characteristics Guinea Bissau shares with other countries displaying severely underfunded and poorly governed health

systems ³¹. Such developments occurred against an official backdrop of public health provision, with health professionals eager to enter the civil service, and health authorities keen to offer jobs and other related perks. However, the persistent scarcity of domestic funding and fluctuating external assistance have exposed such patterns in clear contours in Guinea Bissau, setting it aside from other countries such as Angola, where oil revenues have allowed an unchecked expansion of the civil service, and Mozambique, whose health sector has been propelled by generous aid flows ³⁵.

Political instability appears to be a key shaping force of Guinea Bissau's domestic environment, whether this term is used to describe the government's inability to exert power, fragility, or the continuous disruption of resource flows. Rather than the exception, political instability has come to represent the norm for Guinea Bissau, and it is all too sensible to consider that future attempts to revitalise the health sector will have to factor in this 'stability of political instability', as the country has not really known any other form of operating since independence.

An extreme case of ungoverned health workforce is possibly what we witness in Guinea Bissau, with its context of political instability and ungoverned healthcare arena. In Guinea Bissau, left to their own devices, abandoned by the State, with little or no supervision, health workers have gradually become the real owners and operators of health services, run to their advantage and regardless of their worth to the users. Arguably, the Bamako Initiative has been appropriated as a convenient fig leaf behind which the commoditisation of healthcare provision has progressed, rather than providing a life-line for cash-strapped health systems, as reportedly happened in other West-African countries^{54,55}.

Civil service jobs represent one of the few opportunities in Guinea Bissau's tight formal labour market, which explains the willingness of prospective candidates to pay hefty fees for low-quality nursing training. Health professionals accept low and irregular salaries, because these are probably the closest thing to a steady source of revenue. A public appointment is made more attractive by the freedom they enjoy to embark on an array of other profit-generating activities. As witnessed in other distressed contexts, such as the DR Congo ⁶, the health training system has grown spontaneously, fuelled by its own earning imperatives and market demand. As suggested in relation to the DR Congo, technical measures are unlikely to address the discussed shortcomings, nor will the health officials

presiding over (and benefitting from) them, be the committed enforcers of risky and controversial structural reforms ¹⁵.

Counter-intuitively, our analysis shows that Guinea Bissau's health workforce is oversized (particularly once locally-contracted staff are considered), vis-à-vis its health service output and meagre domestic resources, present and forecast. The inevitable attraction of richer urban areas is more likely the cause of HRH shortages in poorer parts of the country, than an absolute lack of health professionals. The quality of the services provided by Guinea Bissau's health professionals is inadequately studied, but it is likely to be substandard. The PNDRH provided an argument for the expansion, rather than for the regulation of the workforce ⁵⁶; but expanding a derelict health workforce without addressing its current distortions is likely to make them more severe, and irremediable.

Can anything be done at all to stop the deterioration of the health workforce in underegoverned countries like Guinea Bissau? The scarcity of reliable information is striking, and the fluidity of the situation compounds matters, curtailing the shelf life of the available data; the MoH (and the state administration at large) lack the analytical, financing, legal and management levers needed to intervene successfully in a field that has evolved spontaneously and now responds to market signals more than to administrative instructions. To offset such shortcomings, external assistance should be strategic and sustained overtime, which is seldom the case for fragile states ³⁴.

What realistic steps should be taken first to develop the health workforce in prologedly undergoverned health sectors? The recognition of the current distortions is sorely needed – by national and international policy-makers alike; the image of a well-meaning, understaffed and underfunded public health system struggling to bring health services to the population needs debunking. Amid Guinea Bissau's power vacuum and lack of employment opportunities health workers have come to own the public health system, and provide erratic, low-quality and payment-only services to make a living. In Guinea Bissau's case, this is probably the 'elephant in the room' of its public provision of healthcare, and it is consistent to what observed elsewhere in similar circumstances ^{57,58}; any assessment that does not take into account such obvious although uncomfortable fact would generate misconceived reform attempts.

A rational approach to identify solutions in undergoverned post-conflict states should start with the macro assessment of the Total Health Expenditure over time, which would usher in a discussion among stakeholders about what sort of health system could be envisioned⁵⁹, and in turn what kind of health workforce is needed. Present and future funding levels are likely to be meagre, which weighs against the maintenance of a conventional, large public health service delivery structure. Investing available public resources in stewardship and regulation, while leaving service delivery to private providers, is conceptually appealing, but fraught with difficulties, as demonstrated by state administrations much stronger than the one under scrutiny.

“Using carrots where no sticks are available”. Subsidies might motivate key actors to change behaviour in undergoverned contexts; unenforceable regulatory provisions will not, and may make matters worse. But effective incentives need an intimate knowledge of the market, and prompt reactions to changing conditions. External financial assistance, already the source of the largest share of public resources, can in principle steer the healthcare arena in desirable directions, once the extent of privatisation and commoditisation is recognised, and provided its inputs are used coherently in a long-term, firmly contextualised and strategic way. Aid could be used to motivate training institutions to raise quality standards against a reduction of enrolment numbers. Affordability and workloads rather than international ratios (obviously beyond reach for a country as poor as Guinea Bissau) should indicate the number of health workers to be trained. Hardship and productivity rewards would offset the progressive numerical slimming of the workforce.

But better skills could not translate into better practice if the interplay of incentives remains negative, that is, if healthcare practice is conditioned by earning pressures. In principle, fewer pairs of competent hands could be paid better. Competitive salary levels could be introduced after severing health workers from the civil service. Turning healthcare structures into autonomous bodies would facilitate such a process. Meanwhile, the registration of active health workers should be promoted, through tests awarding qualifications perceived as advantageous in the labour market, for instance by being preferred for recruitment by NGOs and charities. The resulting information would then be used for designing in-service and upgrading training programmes aimed at raising professional standards.

3.4.6. Conclusions

The present Guinea Bissau's case-study represents a telling example of how a national health workforce can deteriorate following conflict, protracted political instability and scarcity of funds. Analysing health systems in under-governed states is particularly testing, given the informalisation of key aspects of healthcare provision and the subsequent unreliability of official data. The present study aimed at analysing the HRH situation in Guinea Bissau in light of the recent literature on health systems in fragile states, with the objective of contributing to identifying the forces shaping the deterioration of a health workforce in undergoverned states, the resulting distortions and the counter-measures to be considered. Through document analysis, focus group, semi structured and in-depth interviews, we aimed at assessing the presence and combination in the Guinea Bissau case-study of the typical distortions observed in similar settings.

We showed that since independence the country experienced key political events that have reflected on the evolution of its national health workforce, from the waves of diaspora following the armed conflict and coup attempts, to subsequent internationally sponsored rehabilitation programmes often inspired by conflicting ideologies, and their inevitable repercussions on the country's health market. Chronic scarcity of funds and a 'stable political instability' emerged as two key forces shaping human resources for health in Guinea Bissau for the last four decades; however, the commercialisation of the public health services and the flaws in the mechanisms for training and deploying the health personnel were also identified as crucial factors defining the country's current HRH crisis.

Solutions will always be hard to come by in situations similar to Guinea Bissau's; however, the hard-nosed recognition of its ingrained, if embarrassing distortions, coupled with an understanding of the incentives behind the sector's key actors, will be essential starting points. We consider that, in protractly undergoverened countries, any solution that does not factor in its chronic political instability, the need to reduce to a swollen workforce in order to increase its skills and remunerations, and a substantial increase of funds and focused effort from the international community, is likely to be doomed from the start.

3.5. ESTUDO V - Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau – Evolução das estruturas e processos num Estado Frágil

O presente estudo resulta do trabalho conjunto de Clotilde Neves, Paulo Ferrinho, Zulmira Hartz e Cátia Sá Guerreiro, encontrando-se publicado na Revista Acta Médica Portuguesa (ver anexo IX).

3.5.1. Contextualização do estudo

Perante a realidade da fragilidade do Estado da RGB, ao longo dos anos o desenvolvimento da força de trabalho da saúde e a sua formação tem recebido atenção dos Governos e dos parceiros. Analisar o que se tem feito, os resultados das implementações de diversas iniciativas formativas em RHS, contribuirá certamente para uma proposta de oferta formativa mais adequada às necessidades vividas na RGB.

No presente trabalho tivemos por objetivo analisar a oferta formativa de RHS na RGB de 1974 a esta parte, com particular ênfase nos acontecimentos desde 2010, enquadrando-a na resposta dada às necessidades de formação sentidas, na estratégia de saúde do país, relacionando a análise com o descrito para Estados Frágeis (EF) nesta matéria.

3.5.2. Material e Métodos

O presente trabalho enquadra-se no estudo de caso “Analisando respostas em saúde num Estado Frágil - o caso da Guiné-Bissau” em que a formação de RHS constitui uma das unidades de análise do estudo de caso “resposta a situações de fragilidade na RGB enquanto EF.”

Analisámos a oferta de formação de RHS em dois pilares – ao nível da estrutura, ou seja das instituições que ministram a formação e seu funcionamento; e ao nível dos processos de formação. A consideração do contexto em que esta decorre permitiu uma análise integrada na realidade vivida por EF. A metodologia utilizada encontra-se sistematizada na figura 13.

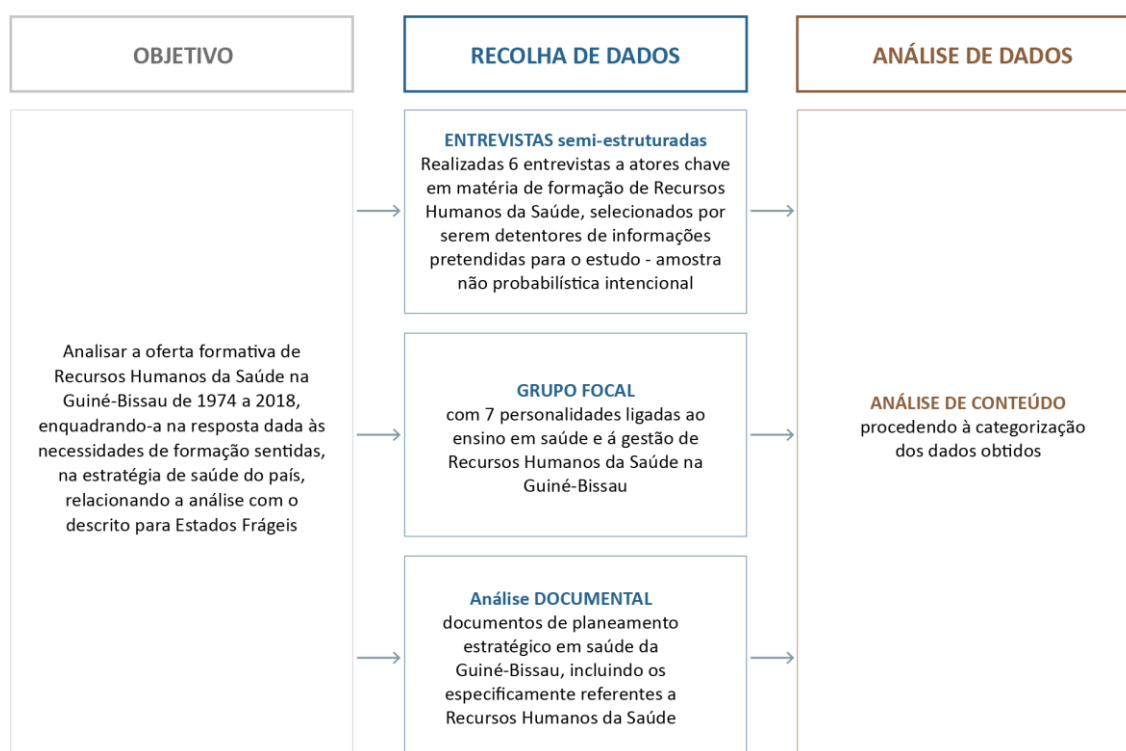


Figura 13. Síntese Metodológica

Considerámos como oferta o conjunto de formação específica para o setor da saúde oferecida pela Escola Nacional de Saúde (ENS), pela Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez (FM) e por outras entidades públicas ou privadas em exercício na RGB.

Sob garantia de anonimato, realizámos seis entrevistas semi-estruturadas¹ a atores chave em matéria de formação de RHS, tendo-se recorrido a uma amostra não probabilística intencional². A caracterização processual das entrevistas encontra-se descrita na tabela 10.

Tabela 10 - Caracterização processual das entrevistas

	Caracterização	Justificação	Observações
Entrevista	Entrevistas semi-estruturadas ^a	Neste tipo de entrevista, o entrevistador tem um conjunto de questões predefinidas mas mantém liberdade para colocar outras cujo interesse surja no decorrer da entrevista, sendo assim um tipo de entrevista mais espontâneo do que a entrevista estruturada.	Todos os materiais referentes às entrevistas, sua transcrição e tratamento de dados se encontram disponíveis para consulta mediante

		As questões pré-definidas constituem uma diretriz, embora não ditem definitivamente a forma como a entrevista irá decorrer, permitindo que os entrevistados se expressem com maior espontaneidade.	contacto aos investigadores.
Amostra	<p>Amostra não probabilística intencional ^b</p> <p>Tendo assinado consentimento para utilização dos dados obtidos, foram entrevistados 6 atores chave, podendo a amostra ser descrita da seguinte forma, sem perder a garantia de anonimado subjacente ao estudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os entrevistados, à data da entrevista, tinham idades compreendidas entre os 39 e os 62 anos; • Dois dos entrevistados são do sexo feminino e quatro do sexo masculino; • Todos os entrevistados são guineenses; • Todos estão ou estiveram diretamente implicados nos processos de planeamento de RHS; • Dois dos entrevistados exerceram ou exercem cargos de gestão ao nível do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) em matéria de RHS, • Quatro dos entrevistados exercem ou exerceram cargos de gestão em instituições que ministram formação em saúde. 	<p>Não probabilística:</p> <p>O processo de amostragem não faz uso de uma forma aleatória de seleção, anulando assim a possibilidade de inferir para toda a população os resultados obtidos no estudo</p> <p>Intencional:</p> <p>São seleccionados os indivíduos que se sabe serem detentores de informações pretendidas para o estudo.</p>	<p>A seleção dos 6 entrevistados foi feita pelos investigadores por reconhecerem que estes eram detentores das informações necessárias ao estudo, pelo seu envolvimento direto na temática em estudo.</p>
Recolha de dados	Foi construído o guião da entrevista (anexo 1) prevendo questões a aplicar à especificidade dos		Na entrevista semi-estruturada o guião é concebido para apoiar o fio da narrativa do

	entrevistados. Foi feito o registo gravado, com devido consentimento assinado, e a sua transcrição manual pelo investigador.		entrevistado, não sendo um instrumento estanque mas adaptável ao discurso do entrevistado.
Análise de dados	Análise de conteúdo por categorização ^c	<p>A análise de conteúdo é utilizada como uma técnica que permite a interpretação da informação, bem como a obtenção da descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto numa comunicação ou num documento.</p> <p>O procedimento de categorização tem por objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto. Funciona por desmembramento do texto em unidades, categorias, segundo reagrupamentos temáticos analógicos.</p>	<p>O processamento da informação, a categorização, foi feita manualmente.</p> <p>Foram analisadas duas grandes categorias de dados: referentes a estruturas de formação e a processos. Dentro de cada uma, os dados foram sistematizados em tópicos, conforme orientação metodológica dos autores citados.</p>

^a Flick U. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor, 2005.

^b Marconi M, Lakatos E. *Fundamentos de metodologia científica*. 2ªEd. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

^c Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5ª. Lisboa: Edições 70, Lda., 2008.

Foi realizado um grupo focal^{3,4} com sete personalidades ligadas ao ensino em saúde e à gestão de RHS na RGB, sendo que quatro dos seis entrevistados anteriormente referidos participaram no grupo focal (ver tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização processual do grupo focal

	Caracterização	Justificação	Observações
Grupo focal	Trata-se de um método de recolha de dados através da interação grupal na discussão de temas preparados pelos investigadores ^a .	O moderador do grupo focal assume uma posição de facilitador do processo de discussão, sendo o foco de interesse o indivíduo e as suas opiniões, debatidas e aprofundadas em grupo.	Todos os materiais referentes ao grupo focal realizado, sua transcrição e tratamento de dados se encontram disponíveis para consulta mediante contacto aos investigadores.

Participantes	Sete personalidades ligadas ao ensino em saúde e á gestão de RHS na RGB, mediante garantia de anonimato. Quatro dos seis entrevistados no âmbito do presente trabalho participaram no grupo focal.		Os participantes foram seleccionados pelos investigadores por serem reconhecidos como informadores chave na matéria em estudo.
Recolha de dados	Foi construído o guião (anexo 2). Foi feito o registo gravado, com devido consentimento assinado dos intervenientes, e a sua transcrição manual pelos investigadores		O grupo focal foi conduzido por dois investigadores portugueses em fevereiro de 2016, na RGB.
Análise de dados	Análise de conteúdo por categorização ^b .	Ver tabela 1	Ver tabela 1

^a Trad LAB. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2009; 19: 777–796.

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paid Ribeirão Preto* 2002; 12: 149–161

^b Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5a. Lisboa: Edições 70, Lda., 2008

As entrevistas e o grupo focal foram conduzidas por dois investigadores portugueses, em fevereiro de 2016, na RGB (guiões em Anexos II e III).

Numa perspetiva de enquadramento histórico e contextual analisámos os documentos de planeamento estratégico em saúde da RGB, incluindo os especificamente referentes a RHS. Procedemos à respetiva análise documental⁵ (ver tabela 12)

Tabela 12 - Caracterização processual das entrevistas da análise documental

	Caracterização	Justificação	Observações
Análise documental	A análise documental, é uma operação ou um conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estudo ulterior, a sua consulta e referência ^a .	O propósito será passar de um documento primário, em bruto, para um secundário, facilitando ao investigador o acesso à informação. O procedimento analítico implica encontrar, seleccionar, avaliar (ou dar sentido), e sintetizar os dados contidos em documentos.	Todos os materiais referentes aos procedimentos de análise documental, se encontram disponíveis para consulta mediante contacto aos investigadores.

Documentos selecionados	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos I e II, Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário I, II e III.	Os documentos foram selecionados mediante sugestão de atores chave em matéria de formação de RHS, como sendo os documentos de orientação estratégica nesta matéria.	
Análise de dados	Análise de conteúdo por categorização ^a .	Ver tabela 1	Ver tabela 1

^a Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5a. Lisboa: Edições 70, Lda., 2008

Submetemos os dados qualitativos obtidos da análise documental, das respostas às entrevistas e do grupo focal a análise de conteúdo, procedendo à sua categorização⁶.

3.5.3. Resultados

O contexto

Com recurso às entrevistas realizadas e ao grupo focal obtivemos dados do contexto em que ocorre a formação de RHS na RGB, completando o que consta na documentação oficial analisada e contribuindo amplamente para a compreensão dos processos de formação ocorridos nas estruturas existentes.

Existe um Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS)⁷ que teoricamente norteou a gestão de RHS até 2017. Este documento, validado enquanto anexo do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II (PNDS II), nunca foi aprovado em Conselho de Ministros, sendo que algumas instituições o seguiram ao detalhe e outras o ignoraram por completo. Até Junho de 2018 o documento não foi atualizado, esperando-se que o seja no contexto da implementação do PNDS III, cujo processo de aprovação final se encontra em curso – estando validado tecnicamente e pelos parceiros, aguarda aprovação pelo Conselho de Ministros.

Foi reconhecido que “a nível da governação, quando há uma liderança em quem se confia, as decisões fazem-se valer, as orientações cumprem-se” assumindo-se porém que “a capacitação em matérias de liderança, também em liderança de RHS, é uma falha na RGB”.

Emergiram nomes de líderes nesta matéria, na presença dos quais “os processos previstos no PNDRHS e o funcionamento do gabinete de gestão de RHS do MINSAP fluíam com alguma naturalidade.” Na ausência destes líderes, por terem sido substituídos por nomeação política mediante a rotatividade governativa, “verificou-se um acentuar do incumprimento de regras e normas.”

As mesmas fontes de informação abordam ainda que a formação em RHS é deficitária em qualidade e em especificidade, referindo que a formação existente não responde às necessidades do país. Por um lado, registou-se uma preocupação em formar RHS em quantidade sem que a qualidade da formação tenha sido igualmente priorizada. Por outro lado, atualmente, em junho de 2018, verifica-se que a escassez de RHS se regista sobretudo ao nível das especialidades. “O país tem um elevado número de enfermeiros e não há carência quantitativa de médicos de Clínica Geral”. Porém a falta de especialistas é considerável, tendo que se considerar a falta de condições para ministrar formação a este nível quer por falta de docentes qualificados para tal, quer de recursos – equipamentos e materiais por exemplo. “Como formar ortopedistas ou cirurgiões, neonatologias ou cardiologistas se não existem condições para que possam praticar e exercer as suas funções?”

Da definição contextual faz parte também a relação entre o MINSAP e o Ministério da Educação e do Ensino Superior (MEES). A tutela da formação superior e de nível médio é detida pelo MEES. Verifica-se porém que a FM foi sempre tutelada pelo MINSAP. “A relação entre o MEES e o MINSAP, bem como com a Ordem dos Médicos, é ténue” refere um dos entrevistados. Ao longo do tempo a tutela da ENS já foi atribuída a cada um dos ministérios e aos dois em simultâneo, sendo à data de Junho de 2018 da responsabilidade do MINSAP, como unidade orgânica do Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) (ver caixa de texto 7).

Caixa 7 - O Instituto Nacional de Saúde Pública

O **INASA - Instituto Nacional de Saúde Pública** surgiu em 2006 como parte integrante do processo de reformas do sistema de saúde guineense para enfrentar desafios de saúde pública. Em 2009 foi criado oficialmente através da Publicação do Decreto-Lei nº 12/2010 de 26/08/2010 no BO nº34, 3º Suplemento, sendo definido como Instituto de direito público com autonomia técnica, administrativa, financeira e patrimonial sob a tutela do Ministro da Saúde. Alguns elementos essenciais para a constituição do INASA, já existiam, no âmbito do MINSAP, funcionando independentemente e sem um plano orgânico que os integre em metas estratégicas setoriais. Entre eles cabe destacar os seguintes: Laboratório Nacional de Saúde Pública; Projeto de Saúde Bandim; Centro de Medicina Tropical e Escola Nacional de Saúde ¹⁵.

Passos históricos da formação dos RHS na RGB

Ao proceder à análise dos dados obtidos, verificamos que há tanto da história da formação de RHS na RGB que não se encontra escrito, documentado, fazendo parte da memória daqueles que têm vivido na primeira pessoa o desafio de responder a necessidades num Estado marcado pela instabilidade após a independência reconhecida em 1974. Com base na informação contida nos documentos de planeamento estratégico em saúde consultados e nas informações obtidas nas entrevistas e grupo focal, a Fig. 14 sintetiza estes passos que são desenvolvidos a seguir.

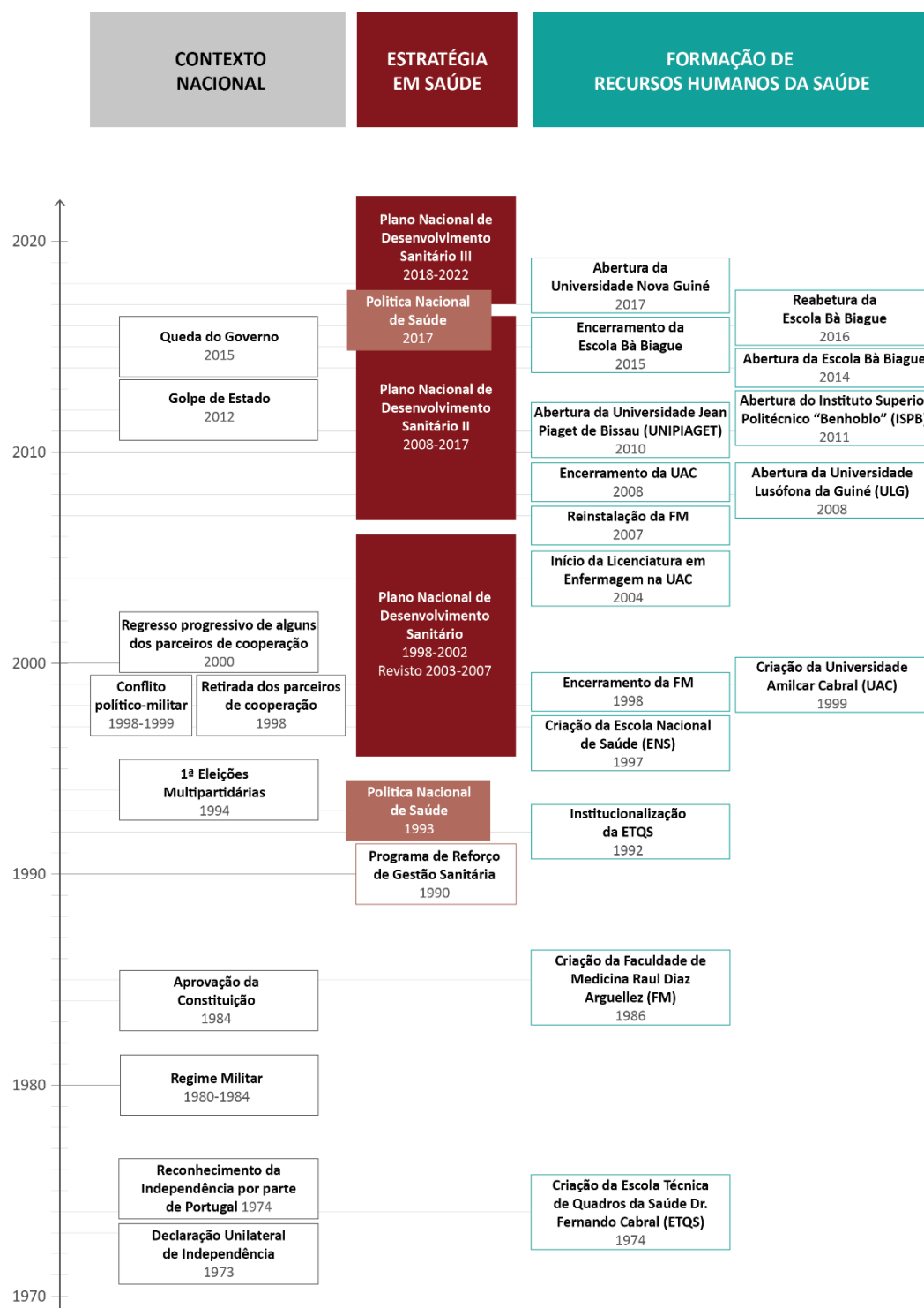


Figura 14 -Passos históricos da formação de Recursos Humanos da Saúde na República da Guiné-Bissau

Estruturas de formação

A formação em saúde na RBG remonta ao período da independência nacional, a 1974, ano em que a Escola Técnica de Quadros da Saúde (ETQS) Dr. Fernando Cabral foi criada, embora só tenha sido oficializada em 1992 pelo DL 62-b/92 de 30 de Dezembro.

Até 1974, concretamente depois de 1950 e durante o período colonial, nas instalações do Hospital Nacional Simão Mendes, então chamado Hospital Civil de Bissau, eram formados enfermeiros auxiliares. Os alunos melhor classificados eram enviados a Angola, concretamente a Luanda, para frequentarem o então curso geral de enfermagem.

Em 1974 os ex-socorristas que haviam combatido na guerra da independência iniciaram formação num polo da ETQS em Nhala e seguiam depois para Bolama onde funcionava um outro polo sendo-lhes ministrado o curso de enfermagem para ex-socorristas. Em Bissau funcionava a sede da escola e eram ministrados os cursos de enfermagem geral (nível médio), auxiliar de enfermagem e técnico de laboratório (nível médio). Mais tarde, nos finais dos anos 80, a referida escola passou a oferecer também o curso de parteira auxiliar, nas instalações de Bissau e fechou os polos de Nhala e Bolama por ter deixado de haver a necessidade de formar ex-socorristas num cenário pós-guerra, uma vez que todos haviam já feito o seu percurso. A ETQS existiu até meados da década de 90.

Em 1997 foi criada a ENS, com financiamento do Banco Mundial (BM), na intenção de congregar a formação ministrada pela ETQS, então extinta, e pela FM (entretanto criada em 1986 apoiada pela cooperação cubana) e de integrar a Universidade Amílcar Cabral (UAC) em 2006, vindo no entanto a tornar-se uma unidade orgânica do INASA em 2009. O objetivo foi não apenas melhorar a eficiência e eficácia das ações de formação mas também proporcionar condições para a existência de um corpo de docentes nacional bem coordenado e coerente com as necessidades de formação do SNS⁸. Porém, na realidade, a FM nunca integrou formalmente a ENS, nem a ENS a UAC, mantendo-se como um centro de formação de nível médio.

Desde a sua origem, a ENS forma enfermeiros gerais e técnicos de laboratório de nível médio em Bissau. Desde 2008 tem vindo a expandir a sua oferta à formação de parteiras e técnicos de radiologia e de farmácia de nível médio e pretendeu dar início à especialização

em obstetrícia para enfermeiros gerais^{9,10}. Porém, esta intenção foi trocada pela opção, contrária às orientações do PNDS II, de dar início à formação de parteiras, categoria que no PNDRHS estava prevista extinguir¹⁰. A ENS descentralizou a formação num projeto a sul e noutro a norte com o intuito de contribuir para a retenção de pessoal nas regiões mais carenciadas⁹: em 2009 lançou o Projeto de Formação Técnica em Enfermagem Geral para a Região Sul (PFRS); e em 2010, implementou-o nas Ilhas em Bolama, Bijagós, em 2012 na região de Tombali em Catió e em 2013 na região de Quinará em Empada. Porém, cumpridos os objetivos, estes polos têm vindo a ser descontinuados.

Contando com o apoio do BM, da cooperação chinesa e recorrendo ao pagamento de propinas e taxas de candidatura por parte dos alunos, a ENS conseguiu produzir quadros acima do previsto no PNDRHS⁹. Este facto reflete uma falta de articulação entre a ENS e a Direção de Serviços de Recursos Humanos e Administração em Saúde do MINSAP, o Ministério da Função Pública e o MEES, contribuindo para um excedente da produção de quadros da saúde. Exemplo disto é o caso da produção de enfermeiros, os quais ficam no desemprego por falta de capacidade de recrutamento pelo Estado: em 2017 existiam 420 vagas de trabalho para enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde, existindo 600 desempregados e mais de 1000 alunos a terminar o curso quer na ENS quer nas outras instituições de formação que produzem enfermeiros¹⁰. A mesma fonte refere que apesar desta situação, a ENS abriu em abril de 2017 um total de 210 vagas para o primeiro ano do curso geral de enfermagem, mais uma vez sem consultar quer o MINSAP quer o Ministério da Função Pública.

A FM existe desde 1986. Tem um Decano guineense e outro cubano. O curso de medicina é ministrado com docentes cubanos, contratados com a cooperação cubana, sendo a titulação igualmente cubana. Os grandes desafios prendem-se, segundo a avaliação da implementação do PNDS II⁹, com a harmonização do ensino a nível da Comunidade Económica de Estados da África Ocidental (CEDEAO), com um compromisso com uma formação de melhor qualidade, por uma maior apropriação do curso por professores guineenses e por uma melhor integração no sistema de ensino superior do País.

A produção dos RH das profissões específicas da saúde foi feita ainda na UAC e no Liceu Politécnico SOS Herman. Este último oferece uma licenciatura em saúde pública e saneamento do meio¹⁰.

A UAC, criada pelo decreto n.º 6/99 de 6 de dezembro de 1999, como uma universidade pública com gestão privada/autónoma, era inicialmente gerida pela Fundação para Promoção do Ensino e da Cultura, entidade privada resultante da parceria do governo da RGB com a universidade privada portuguesa, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. A partir de 2006, a ENS juntamente com FM passaram a integrar também a UAC. Em 2008, alegando incapacidade de financiar a UAC, o governo cedeu a Universidade ao seu parceiro – Universidade Lusófona de Portugal, com a passagem total da instituição ao capital privado, altura em que a ENS e FM se desfilaram da UAC e passaram novamente a autonomia. A UAC esteve inativa de 2008 a 2013, sendo que desde a retoma de atividade, como instituição de ensino público, não ministra cursos na área da saúde. O curso de licenciatura em enfermagem decorreu na UAC de 2004 a 2008.

Cinco instituições privadas oferecem também formação na área da saúde, concretamente a Universidade Lusófona da Guiné, a Universidade Jean Piaget de Bissau, o Instituto Superior Politécnico “Benhoblo”, a Escola Bà Biague, tendo as duas últimas sido encerradas pelo Estado em 2015 por não terem condições para formar enfermeiros, reabriram ilegalmente no final de 2016¹⁰, e mais recentemente a Universidade Nova da Guiné. A oferta formativa à data de Julho de 2018 encontra-se descrita na tabela 13, atualizando a informação constante no documento de PNDS III com base em informação oralmente recolhida pelos investigadores no decorrer do presente estudo.

Tabela 13 - Oferta formativa de Recursos Humanos da Saúde na República da Guiné Bissau existente no ano de 2017, descrita no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III, atualizada em Junho de 2018

ENTIDADE	OFERTA FORMATIVA	CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL	GRAU ACADÉMICO
Escola Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Curso Geral de Enfermagem • Técnico de Farmácia • Técnico de Laboratório • Técnico de Radiologia • Parteira 	Entidade de ensino público	Nível médio
Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Geral • Pós Graduação em Medicina Geral Integrada 	Entidade de ensino público	Nível superior – licenciatura e pós graduação
Universidade Amílcar Cabral	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem 	Entidade de ensino público	Nível superior – licenciatura
Liceu Politécnico SOS Herman	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Pública e Saneamento do Meio 	Entidade de ensino público	
Universidade Lusófona da Guiné	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem • Técnico de Laboratório • Serviço Social 	Entidade de ensino privado	Nível superior – licenciatura
Universidade Jean Piaget de Bissau	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina • Enfermagem • Técnico de Laboratório • Nutrição 	Entidade de ensino privado	Nível superior – licenciatura
Instituto Superior Politécnico “Benhoblo”	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem 	Entidade de ensino privado	Nível superior – licenciatura
Escola Bà Biague	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem 	Entidade de ensino privado	Nível superior – licenciatura
Universidade Nova Guiné	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem • Medicina 	Entidade de ensino privado	Nível superior – licenciatura

Na tabela 14 são referidos detalhes históricos das referidas entidades formadoras.

ENTIDADE	ANO DE FUNDAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Escola Técnica de Quadros da Saúde (ETQS) Dr. Fernando Cabral	Criada em 1974, institucionalizada em 1992	Deixou de existir em 1997, aquando da criação da Escola Nacional de Saúde.
Escola Nacional de Saúde (ENS)	1997	Criada na intenção de congregar a formação ministrada pela ETQS e pela FM, sendo que a FM nunca integrou a ENS.
Universidade Amílcar Cabral (UAC)	1999 2013	Criada na intenção de federar as diversas entidades de formação superior do país, foi fechada em 2008. Passou por uma profunda reestruturação, retomando atividade em 2013. Ofereceu licenciatura em enfermagem em parceria com o Grupo Lusófona de 2004-2008.
Liceu Politécnico SOS Herman	2007	O curso Saúde Pública e Saneamento do Meio teve início em 2009.
Universidade Lusófona da Guiné	2008	Autorizada a instalação da Universidade Lusófona na RGB, enquanto estabelecimento do ensino superior em Nov/2008, arrastou consigo os alunos do referido curso de enfermagem da UAC, os quais vieram a concluir na nova universidade privada os seus estudos.
Universidade Jean Piaget de Bissau	2010	
Instituto Superior Politécnico “Benhoblo”	2011	Encerrada pelo MEES em 2015, alegando a falta de laboratório, ausência de alvará, infraestruturas inadequadas. Reabriu com autorização do MEES, porém sem autorização de demissão do novo ingresso.
Escola Bà Biague	2014/2015	Encerrada pelo MEES em 2015, alegando a falta de laboratório, ausência de alvará. Reabriu com autorização do MEES em 2016
Universidade Nova da Guiné	Institucionalizada em 2017 e funcional em janeiro de 2018	No primeiro semestre de 2018 foi interpelada pelo MEES sobre o alvará

Tabela 14 - Detalhe da oferta formativa de Recursos Humanos da Saúde na República da Guiné Bissau de 1974 a 2018

Nota: todas as instituições privadas estão a funcionar sem alvará que deverá ser concedido pelo MEES. Todas funcionam ao abrigo da Lei nº 3/2011 do ensino superior, segundo o Suplemento do Boletim Oficial – BO nº 13 de 29 de Março de 2011.

Legenda: MEES - Ministério da Educação e do Ensino Superior

A oferta formativa de licenciatura em enfermagem, feita pelas entidades privadas supra referidas, cria o problema da disparidade de produção de quadros de enfermagem - médios

por parte da ENS e licenciados por sua parte - para exercício das mesmas funções, maioritariamente no serviço nacional de saúde.

Não partindo de uma identificação adequada e da planificação das respostas às necessidades, a ação formativa destas instituições foi sendo arrastada, por um lado, pelas necessidades identificadas no PNDRHS^{7,10} e por outro por razões financeiras, relacionadas com a sobrevivência das instituições de formação e a remuneração dos seus funcionários.

As referidas instituições de formação foram sujeitas a auditorias da CEDEAO no quadro da harmonização do ensino na Região. Estas auditorias consideram a qualidade do ensino abaixo do desejável e está no roteiro da CEDEAO um processo de harmonização curricular regional e de padronização da qualidade¹⁰.

Processos

Debruçando-nos agora especificamente sobre os processos associados à oferta formativa em saúde é possível olhar com maior detalhe sobretudo para a ENS e para a FM.

A Direção da ENS manteve-se fixa de 2009 a 2017, sendo nesta fase marcada por uma linha de gestão caracterizada por ministrar a sua formação com recurso maioritariamente às propinas pagas pelos alunos: estabeleceu-se o ensino público como um negócio a ser rentabilizado, o que se tornou o principal critério para abrir ou não candidaturas e para determinar o número de vagas, mantendo sempre como finalidade cumprir em termos quantitativos os objetivos do PNDRHS, provindo o país de quadros da saúde no número determinado. Conseguiu-o implementando um *plano de aceleração da formação de RHS no âmbito do PNDRH* (ver caixa de texto 8).

Caixa 8 - O Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde e o plano de aceleração da formação de RHS

O **PNDRHS – Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde**, entre outras importantes constatações, salienta o cálculo de uma redução estimada de 63% da força laboral até 2017, tendo-se então calculado que, para atingir dotações mínimas de equipas da saúde, estabelecidas no PNDS II, e fazer face ao crescimento populacional, o pessoal efetivo da saúde deveria crescer cerca de 34,4% no horizonte temporal do PNDRHS.¹⁴

Destas constatações nasce o **plano de aceleração da formação de RHS** com o objetivo de produzir até 2017, de uma forma calendarizada e planeada, os RHS necessários para equipar as unidades de saúde do SNS de forma a aumentar o acesso da população a serviços de saúde com cada vez mais qualidade. A execução do plano envolvia a Escola Nacional de Saúde e a Repartição de Desenvolvimento Profissional da Direção de Recursos Humanos e Administração em Saúde do MINSAP e previu descentralizar a oferta formativa, estendendo a formação a polos localizados nas Regiões Sanitárias identificadas como tendo condições para tal.¹⁸

A nova direção tem vindo a seguir a estratégia da anterior.

Localizando-se a ENS num novo edifício do INASA fora do centro da cidade de Bissau, os desafios de gestão da nova estrutura foram maiores do que se esperava. Por outro lado, pressupõe-se que o ensino de enfermagem seja feito também pela ENS em polos fora de Bissau – Bolama, Empada e Caitó – acrescentando as despesas, tendo este sido um dos motivos pelos quais o ensino nos polos foi recentemente desativado.

O corpo docente é composto por professores internos, técnicos que o MINSAP coloca na escola, na sua maioria enfermeiros, em Junho de 2018 num total de 14; e professores externos, convidados para lecionar determinadas matérias, num total de 57. Os primeiros são pagos pelo MINSAP acrescentando um incentivo por parte da escola. Os segundos são integralmente pagos pela escola.

Com o apoio do BM, foi revisto o plano curricular dos cursos de enfermagem, técnico de laboratório e técnico de farmácia e com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) foi também possível realizar a revisão ao curso de parteira. Os processos de revisão curricular foram intermediados pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e garantidos por uma escola superior de enfermagem portuguesa enquanto consultora, tendo sido participado pelos docentes guineenses e por peritos da CEDEAO, no sentido de harmonizar os currículos com os da região de saúde africana. Os planos curriculares resultantes desta revisão são os que em 2018 se encontram

em vigor e são conformes às indicações então recebidas da CEDEAO no sentido da harmonização regional prevista. Sobretudo com o apoio do BM foi também possível adquirir equipamentos que garantem a existência de uma sala de informática e de um laboratório para aulas práticas. Em 2016, a escola contou com financiamento do FNUAP para a formação dos tutores e do Camões - Instituto da Cooperação e da Língua Portuguesa, um Instituto Público (I.P.) de Portugal, para a formação dos professores em pedagogia.

Para ingresso nos cursos da ENS são feitos exames de admissão pagos pelos candidatos. Estes exames representam uma importante fonte de receita para a ENS.

A FM teoricamente integraria a ENS mas “na realidade isso nunca chegou a acontecer”. O intuito foi promover a autonomia da faculdade em relação à tutoria cubana mas até ao ano letivo de 2017/18 isto ainda não se verificou. Procurando as razões que justifiquem tal facto conclui-se, e de acordo com informação dos entrevistados, que não foram reunidas condições de “governança e liderança para tal”: os médicos guineenses não se dispõem a assumir a faculdade uma vez que dependeriam do Estado e este “paga muito mal ou nem paga a docência”. Assim, os médicos que teriam competência para assumir a academia preferem não o fazer, movidos pela procura de melhores condições salariais.

Integrando a oferta formativa há a considerar o emergente ensino privado, ministrado tantas vezes sem o alvará do MEES, com processos completamente autónomos dos do Estado ou de entidades de regulamentação internacionais. Segundo os dados obtidos, esta oferta formativa constitui acima de tudo “um negócio rentável”. A formação nem sempre tem componente prática uma vez que os estágios não podem realizar-se nos serviços públicos de saúde e muitos dos profissionais formados nem sempre podem ingressar no serviço público de saúde uma vez que há cursos não reconhecidos. Relativamente à enfermagem, aparentemente “a existência destes cursos não reduz a procura da ENS.” Estas entidades privadas vieram diversificar as instituições de ensino e dos graus académicos conferidos, tendo-se fugido aos objetivos traçados no PNDRHS. Um dos pontos de controvérsia introduzidos é o facto de o curso de enfermagem ministrado por uma entidade privada, sem estágios profissionalizantes, conferir o grau académico de licenciatura, ao invés do mesmo curso na ENS que é considerado curso de nível médio, mas com uma melhor experiência profissionalizante através de estágios nas unidades sanitárias do serviço nacional de saúde. Isto levanta por exemplo questões salariais e de progressão na carreira, não esquecendo as

dúvidas associadas ao conteúdo funcional das diferentes categorias na carreira de enfermagem.

3.5.4. Discussão

A realidade vivida pela RGB enquanto EF, um dos países mais pobres do mundo e que tem enfrentado uma constante instabilidade política e falta de instituições sociais e económicas estáveis por mais de duas décadas¹¹, enquadra especificamente em matéria de RHS o descrito na literatura, segundo a qual uma crise grave, especialmente quando é prolongada, afeta os RHS de diversas formas, como exemplificado neste e noutros trabalhos¹²⁻¹⁵.

A RGB enquadra os problemas definidos pela OMS para a Região Africana aquando da elaboração das orientações para a implementação da Estratégia Mundial dos Recursos Humanos da Saúde: Força de Trabalho 2030. Apresenta uma fraca liderança e governação do pessoal de saúde e inadequada capacidade de educação e formação dos seus RHS¹⁶.

Existindo um documento orientador para a gestão de RHS, o PNDRHS, a sua limitada implementação e apoderamento por parte dos diferentes intervenientes enquadra a realidade vivida pelos EF em que os documentos de planeamento nem sempre se traduzem em trabalho concreto e coerente¹⁴. Os mesmos autores sublinham que alguns planos de boa qualidade permanecem no papel devido à fraqueza da instituição implementadora, prioridades conflitantes ou implicações arriscadas. A literatura sugere que mediante o desafio de planear a estratégia de gestão de RHS deve ser tido em conta o ambiente político, a capacidade de implementação existente e os obstáculos que provavelmente serão encontrados de forma a garantir a formulação de planos mais realistas e mais facilmente implementáveis¹⁴. A falta de regulação do ensino leva à proliferação de estruturas de formação, públicas mas acima de tudo privadas, que ignoram os ditames do Estado e as normas regionais.

No que concerne o tema da oferta formativa, a realidade vivida na RGB não se afasta do descrito para outros EF. Por um lado o financiamento da formação em saúde é total ou parcialmente subsidiado. Falhando os subsídios do Estado e os apoios dos parceiros,

comercializa-se o ensino público, tornando-se o lucro o principal motivador da atividade destas estruturas de formação.

Por outro lado, a formação é maioritariamente do domínio do sistema público, seja do MINSAP, do MEES, ou ambos, sendo que no decorrer da instabilidade vivida foram surgindo centros de formação privados, geralmente não devidamente acreditados pelo Estado, podendo traduzir-se em baixa qualidade quando carecem de adequados recursos e capacidades¹³. Verifica-se na RGB o descrito para a Região Africana: algumas escolas de formação não estão acreditadas, o que significa que a qualidade da educação ministrada não está assegurada; um aumento no número de escolas de formação em ciências da saúde, em parte devido ao crescente envolvimento do sector privado na educação¹⁶.

O referido negócio associado à proliferação de entidades privadas de formação é também descrito em países como Afeganistão, Índia, Brasil, República Centro Africana, República Democrática do Congo, Haiti, Territórios Ocupados da Palestina e Somália em que a formação de profissionais de saúde é classificada como um negócio aparentemente lucrativo¹². Segundo a mesma fonte, nestes países, e à semelhança do descrito na RGB, verificou-se uma pressão ascendente sobre a quantidade para expandir os números de RHS existentes e uma pressão descendente insignificante na qualidade da formação ministrada causada por uma regulamentação ausente.

Os autores consultados sublinham que a privatização não regulada dos centros de formação leva à proliferação de RHS que podem vir a integrar o setor público, à margem de algum planeamento que possa existir¹³, aspeto descrito para a RGB. Verifica-se ainda na RGB o descrito para outros EF do continente africano em que interesses concorrentes nas relações dentro e entre o Ministério da Saúde, da Educação e instituições formadoras, conduzem inevitavelmente à fragmentação de esforços com impacto limitado na resposta à necessidade de produção de quadros da saúde¹⁷.

A FM evidencia um outro modelo de negócio presente na RGB. Criada numa parceria com a cooperação cubana como resposta à fragilidade na formação de quadros médicos, nunca foi integralmente assumida em matérias de gestão e funcionamento pelo país. Aquela que deveria ter sido uma iniciativa de curto-prazo, um apoio ao desenvolvimento da formação de quadros médicos, tornou-se numa realidade aceite e quase inquestionável. Esta situação

enquadra o descrito para EF: as respostas à crise, tais como enfoques verticais e de projetos, inicialmente previstos para intervir a curto prazo, tendem muitas vezes a tornar-se "culturais", ficando enraizadas na forma de ser dos povos, para além das situações de fragilidade ou causando a continuidade das mesmas. Corrigir estas tendências implica uma atuação estratégica, uma vez que a resolução não é espontânea¹³.

O diagnóstico da situação de RHS em termos de planificação estratégica e de formação para a Região Africana está feito e a RGB enquadra-se no mesmo¹⁶. A OMS África, no âmbito do Quadro de Implementação da Estratégia Mundial dos Recursos Humanos da Saúde: Força de Trabalho 2030 deixa sugestões que deverão ser tidas em conta num processo de planeamento estratégico de RHS que se espera ocorra na RGB na sequência da implementação do PNDS III.

Importa sublinhar que uma das dificuldades sentidas ao longo do presente trabalho foi encontrar informação sistematizada e concordante, uma vez que os dados, entre eles os alusivos a formação de RHS não se encontraram rigorosamente compilados. A literatura consultada evidencia que a capacidade para recolher, analisar e utilizar as informações dos RHS na Região Africana é fraca. A RGB enquadra o descrito para a Região no que se refere à disponibilidade limitada de informações sobre pessoal de saúde¹⁶.

3.5.5. Conclusões

Com o presente estudo analisámos a formação de RHS na RGB de diferentes prismas, contemplando agentes de oferta formativa, contextualizando os processos de formação na história do país, na realidade vivida pelo mesmo e no enquadramento enquanto EF.

Sendo a Guiné-Bissau um dos países mais frágeis do mundo, enquadra o descrito para EF em matéria de formação em saúde: por um lado apresenta uma limitada capacidade formativa, não respondendo o sistema de formação às necessidades do país; por outro é marcada por falhas ao nível da liderança e governação com reflexo nos processos de formação desde a sua génese à sua consecução.

Verificamos que, embora exista a tentativa de planeamento da gestão de RHS, e nela da formação dos mesmos – concretamente através do PNDRHS -, assiste-se à limitação da

implementação das estratégias, seja por razões associadas à instabilidade política e institucional e suas consequências, seja por fatores de liderança, ou melhor, de ausência desta.

Esta situação levou à emergência de 3 modelos de negócio: comercialização do setor público; proliferação de um setor privado lucrativo e funcionando em roda livre; perenização de modelos de cooperação que perpetuam a dependência de iniciativas e recursos externos. Qualquer um destes modelos permite em parte responder às necessidades de formação do país, mas por outro lado negligenciam a qualidade e perpetuam dependências, agravando as fragilidades do Estado e do setor público.

4. DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES

No presente capítulo procedemos à discussão dos resultados obtidos relativamente às duas UA, concretamente ao PES e aos RHS, com particular destaque para a sua formação, no decorrer dos cinco estudos realizados. A discussão é enquadrada no contexto de fragilidade do Estado e do SS da RGB e feita com base no modelo teórico definido para o estudo de caso (figura 2, capítulo 1, página 28).

O capítulo termina com as conclusões do estudo de caso.

4.1. DISCUSSÃO GERAL

4.1.1. O planeamento estratégico em saúde na República da Guiné-Bissau

O planeamento estratégico na RGB emergiu com a liberalização do regime político na década de 1980, passando a função de planeamento, a partir do PNDS I, a assumir um papel estruturante na gestão estratégica do MINSAP^{1,2}. As alterações políticas, salientando-se a independência recente e a posterior liberalização do regime político, criaram oportunidades que fizeram ambicionar reformas na governação, aspeto que vai ao encontro da literatura que refere a reforma do setor da saúde como potencialmente viável em determinados momentos políticos concretos, especialmente nos primeiros períodos de novos regimes³.

Os mesmos autores sublinham que para que a reforma seja bem-sucedida, os formuladores de políticas precisam de métodos eficazes para analisar as condições políticas relevantes e moldar os principais fatores em favor da reforma³. Na RGB a grande aposta metodológica neste sentido foi o planeamento estratégico, a qual resultou na redação do primeiro PNDS.

Este documento espelha uma profunda análise das condições não apenas políticas mas globais vividas na RGB, com os olhos postos numa reforma da saúde pautada pelo objetivo de cumprir fielmente a Política Nacional de Saúde aprovada em 1993⁴. Esta determinava objetivos de equidade, eficiência, eficácia, acessibilidade financeira, participação comunitária e colaboração intersectorial, numa visão da saúde como um direito fundamental e essencial para um desenvolvimento duradouro⁴. As situações contextuais já

descritas não permitiram porém que a potencial reforma do setor da saúde acontecesse como previsto no PNDS I, não se tendo concretizado o aproveitamento da oportunidade criada pelo momento político.

4.1.1.1. *Análise do processo de planeamento estratégico em saúde*

O PES na RGB é definido como sendo do tipo de baixo para cima - *bottom-up*^{1,2}. Uma das interessantes discussões sobre planeamento estratégico no âmbito das políticas públicas incide justamente sobre a forma como este pode ser definido relativamente à direção dos fluxos de tomada decisão⁵. Duas correntes de pensamento divergem na forma de conduzir o processo de planeamento. Uma acredita que o processo pode ser controlado de cima para baixo – *top down*, sendo as decisões tomadas por autoridades partindo do princípio que quem se encontra na base não tem o conhecimento global, a visão do todo. Uma outra corrente, diametralmente oposta, enfatiza a importância de ter em conta no processo de planeamento aqueles que estão próximos das ações resultantes das políticas, prestadores de cuidados e beneficiários, ou seja, veem o processo de baixo para cima⁵.

Verificou-se que o processo de PES na RGB envolveu sempre os diferentes atores, desde governantes a parceiros, passando por direções regionais, profissionais de saúde e organizações da sociedade civil envolvidas na prestação de cuidados de saúde. Remetendo-nos para o modelo teórico do estudo, verifica-se que a resposta à fragilidade, ou seja o PES, resulta da participação e envolvimento dos diferentes atores e não apenas de parte deles. Embora seja uma resposta de atores nacionais, concretamente do MINSAP, nela são integrados contributos de outros atores.

Em qualquer um dos processos de planeamento e elaboração dos PNDS, as memórias daqueles que viveram na primeira pessoa e os documentos finais espelham este processo *bottom-up*. Os participantes no estudo definiram o processo de planeamento que esteve na origem do PNDS I como o mais “formidável e participativo”, evidenciando-se este aos seguintes. O momento histórico, posterior à liberalização do regime político e anterior à guerra civil de 1998, associado á ideia de oportunidade política que permite reformas na governação anteriormente referida, pode estar na origem desta diferenciação.

Visto como um ciclo, analisaram-se os processos de PES de cada um dos três PNDS com base no mapa metodológico construído para o efeito. As fases que o constituem vão desde o diagnóstico à avaliação, sendo a implementação parte do ciclo de planeamento ^{6,7} (figura 3, capítulo 1, página 33). Relativamente ao PE em políticas públicas, a literatura sustenta a relevância do processo sobre o produto técnico resultante⁵. Assim foi a intenção em qualquer um dos PNDS. Porém o ciclo de planeamento do PNDS I foi interrompido no momento da implementação por circunstâncias políticas e a revisão do seu horizonte temporal não permitiu a adequação das estratégias à realidade do pós guerra-civil. Neste contexto, o PNDS II acabou sendo um documento “ambicioso e pouco operacional”, segundo os participantes no estudo. Do PNDS III espera-se que consiga ir além do objetivo estratégico de congregar atores no sentido da garantia de apoios e fundos que promovam a sustentabilidade do setor e das suas iniciativas, numa dinâmica de implementação que operacionalize as ideias nele definidas.

Assim sendo, o PES na RGB evoluiu no sentido de enfatizar cada vez mais o produto técnico, o PNDS, e cada vez menos o processo que vale pela sua capacidade de mobilizar conhecimentos, recursos e vontades. A literatura sublinha a importância da fase de implementação uma vez que será esta que conduzirá a resultados finais de políticas, programas ou projetos⁵, etapa comprometida no processo de PES na RGB.

Os resultados obtidos no presente estudo, muito marcados por histórias e reflexões vividas e feitas na primeira pessoa, reportam para uma ausência crescente de processo de PES conforme o mapa metodológico definido. Este facto tem sido motivado por fatores contextuais relacionados com a fragilidade do Estado da RGB e com a forma como é dada resposta a esta fragilidade, i.e, o PNDS de documento orientador da ação no setor da saúde no sentido de responder a necessidades, potenciando ganhos em saúde e governação do setor, tornou-se numa pré-condição para que lhe seja dado financiamento pelos parceiros.

Desta forma a RGB enquadra o descrito para cenários de fragilidade. Por um lado, o binómio planeamento/implementação, conforme descrito, tem vindo a estar comprometido ao longo da história do PES na RGB. A literatura sublinha a importância da relação entre o referido binómio, salientando porém que alguns planos quase não se referem a implementação – algo que se verifica por exemplo no PNDS II. Muitas vezes quem planeia

e quem implementa são grupos distintos de pessoas, sendo que segundo os autores consultados, planejar conjuntamente é um importante prelúdio para um bom trabalho conjunto de implementação, estando o planeamento no seu pior quando trata de forma inadequada a implementação⁸. Por outro lado, espelha o descrito na literatura de que um dos motivos que leva a falhas nos resultados de políticas públicas é a dissolução que se faz entre elaboração e implementação no processo de planeamento, vendo o mesmo como um processo meramente técnico, governamental, de caráter económico e visionário⁵.

Verifica-se que a avaliação tem sido parte integrante do processo de PES na RGB, concretamente a avaliação da implementação da estratégia nacional em saúde, descrita no PNDS, é o primeiro passo do processo de planeamento - assim se justifica a existência de relatórios de implementação dos PNDS I e II.

Tendo consciência de que a avaliação não consegue ficar isenta das agendas de desenvolvimento^{9,10}, o processo avaliativo da implementação do PNDS, enquanto etapa de planeamento, foi, segundo os avaliadores entrevistados, “amplamente discutido com os parceiros”, tendo constituído “trabalhos muito interessantes porque foram feitos numa perspetiva formativa”.

As avaliações efetuadas são parte integrante de um processo que ainda que não espelhe progressos significativos em indicadores específicos, uma vez que o grau de implementação das estratégias definidas é reduzido, é exemplo de um exercício de PES num EF, permitindo abrir caminho a uma convergência de visão.

Para analisar com maior detalhe o descrito, concretamente a relação entre os diferentes atores que intervêm nesta resposta à fragilidade do Estado da RGB e o contexto em que ela ocorre, procuremos situar-nos na situação vivida no continente africano. O planeamento em saúde em África tem evoluído ao longo das décadas, impulsionado por diversas motivações. A história mostra evolução de acordo com o paradigma de gestão em saúde prevalente a cada momento, constituindo os processos de planeamento em saúde uma parte integrante do esforço para fortalecer a governação em saúde¹¹.

É de salientar a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África, realizada em Ouagadougou, no Burkina Faso, em 2008, onde os esforços para melhorar o planeamento em saúde foram impulsionados, na expectativa de

promover a boa governança ¹². Cinco anos após a conferência, 19 de 46 países da região da África haviam desenvolvido políticas de saúde e 22 tinham estratégias nacionais de saúde ¹¹.

O PES na RGB tem acompanhado a tendência global deste procedimento, o qual desde a década de 90 se assume como orientação incontornável para legitimar uma visão estratégica para a definição de áreas prioritárias de intervenção no setor da saúde. No entanto, e de acordo com os entrevistados no presente trabalho, o PES materializado em políticas e nos vários PNDS, os quais deveriam orientar todos os atores e setores que influenciam a saúde para as prioridades nacionais da população e reforçar a liderança do Estado Guineense nos processos da sua implementação, encontra-se desvirtuado numa amálgama de interesses dos diferentes intervenientes.

Importa sublinhar que se o PNDS pretende nortear a intervenção em saúde na RGB, existem documentos de política nacional de saúde, nutrição, água/higiene e saneamento reafirmam o compromisso político da RGB para com a saúde das populações. Este compromisso pauta-se também por uma dimensão além-fronteiras, estendendo-se a abordagem estratégica aos objetivos regionais definidos, espelhados também em documentos orientadores, sendo que para a implementação e execução destes planos e estratégias entram em cena variados atores internacionais ¹.

A gestão desta complexidade deveria ter sido assumida pela Célula de Gestão do PNDS^{13,14}, o que não tem acontecido. Isto deve-se em parte à falta de pessoal na Célula de Gestão, e também ao facto de o planeamento estratégico ser visto, não como um elemento de uma gestão estratégica dinâmica, mas como um processo contido em si próprio, que permite mobilizar fundos dos doadores e orienta outros ciclos temáticos de planeamento, nem sempre articulados com o horizonte temporal do PNDS¹.

Se por um lado “a base de todo o planeamento em saúde deveria ser o PNDS”, por outro assiste-se à ausência de articulação entre os intervenientes, a qual “deveria ser uma realidade que não existe por falta de coordenação.” A montante, importa ter presente que na origem do planeamento está a resposta a necessidades e esta na RGB só ocorre com recurso a financiamento externo. Assim, “para falar de PES na RGB temos sempre de referir o grande tema da relação com financiadores”, ou seja “se se pretende que os líderes

guineenses tenham capacidade para operacionalizar estratégias, termos de garantir que estes tenham acesso ao financiamento.”

As considerações dos entrevistados vão ao encontro da literatura ^{11,15}, acrescentando ainda que as fragilidades de governação, marcadas pela instabilidade gerada pela rotatividade e pela ausência parcial ou total de vontade política tem promovido a adoção de agendas próprias de parceiros/financiadores à margem das prioridades nacionais. Desta forma, e na ausência do reconhecimento da liderança política, os parceiros definem os objetivos e implementam os seus próprios programas e projetos, ficando marginalizado o real desafio de responder às necessidades locais.

A realidade encontrada na RGB em matéria de PES vai ao encontro do que a literatura refere como os desafios dos processos de planeamento em países africanos ¹¹. Incompatibilidade entre o processo de planeamento e as prioridades reais, sendo o PES indevidamente conduzido por fontes de financiamento; processos rígidos de planeamento de difícil adaptação às mudanças de prioridades; e documentos de PES com fracas orientações de implementação são algumas das limitações descritas para o PES em países africanos nas quais a situação da RGB se enquadra ¹¹.

De facto, a RGB é um EF apresentando esta condição um impacto determinante num SNS incapaz de responder às necessidades deste setor no país, o que parece influenciar a postura, nomeadamente dos financiadores, no ciclo de PES. O reflexo da falta de liderança manifesta-se em programas verticais desarticulados entre si e do PNDS, bem como na falta de definição estratégica de implementação do que se planeia. Segundo a literatura, os processos de planeamento envolvem líderes empreendedores bem como o trabalho com parceiros de outros setores⁸. Lacunas ao nível da governação e liderança, bem como do trabalho intersectorial podem estar na origem do comprometimento do sucesso no ciclo de PES na RGB.

A literatura descreve três aspetos que limitam o processo de planeamento de políticas públicas que enquadram a realidade descrita para o PES na RGB⁵: por um lado aspetos políticos e institucionais, referindo não articulação entre atores, sobretudo em países criados recentemente depois de décadas de colonialismo; por outro lado a limitada capacidade financeira, sendo esta habitualmente identificada como a razão mais evidente

para justificar as falhas no processo de planeamento em países em desenvolvimento; finalmente a capacidade técnica de gerir o planeamento de políticas públicas, sublinhando a falta de recursos humanos capacitados e motivados, assim como experiência e competência técnica dos órgãos responsáveis por planear políticas públicas.

O PES constitui não apenas uma preocupação como um desafio para a região africana, pelo que o Escritório Regional Africano da OMS propôs no final da primeira década do séc. XXI um quadro de referência para responder aos desafios e alinhar o processo de PES com as necessidades atuais dos países. O grande objetivo foi contribuir, entre outros aspetos, para vincular o processo de PES à saúde global e às agendas nacionais de desenvolvimento, defendendo que as políticas nacionais de saúde devem ser guiadas pelo desenvolvimento nacional e pela agenda global de saúde, além da análise da situação da saúde¹¹.

Ora este foi um dos princípios que parece ter estado na origem da redação do PNDS III da RGB, visando certamente, e à semelhança da região africana, melhorar ainda mais a qualidade do processo de PES e assim ter impacto sobre a qualidade da governança e a consecução dos objetivos de saúde do país¹¹.

4.1.1.2. Avaliação da implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

Detendo-nos especificamente sobre a análise dos resultados obtidos na meta-avaliação, ou seja na avaliação das avaliações do PNDS, sublinha-se que deste trabalho é possível tirar ilações sobre a qualidade metodológica e processual de cada uma das avaliações analisadas, contribuindo assim para que as que se façam no futuro possam cumprir cada vez mais a excelência de procedimentos. As maiores contribuições, porém, prendem-se com a conclusão evidente da relação entre avaliação e planeamento e com a relação com a especificidade destas avaliações – a de serem feitas no contexto de um Estado africano classificado como frágil.

O facto de terem sido considerados nesta meta-avaliação não apenas o conteúdo dos relatórios mas também informações obtidas de avaliadores envolvidos diretamente e de outros com alguma externalidade, de usuários das avaliações, de atores chave com diversas

funções em PES, permitiu uma meta-avaliação participativa, enriquecendo os resultados obtidos¹⁶.

A literatura sublinha a utilidade da avaliação para aqueles que a encomendam e que nela têm interesse¹⁷, bem como a sua particular importância, quando bem planeada e executada, em países com instituições frágeis e populações vulneráveis¹⁸. Ao ter sido feita na presente meta-avaliação a verificação da utilização posterior dos dados de avaliação em ambos os processos em análise, foi-se ao encontro de um dos grandes desafios da meta-avaliação - verificar em que medida os resultados foram utilizados, sendo a avaliação tão mais útil quanto mais usada posteriormente¹⁷.

Assim, nesta etapa concreta do PES que é a avaliação verifica-se por um lado a relação entre atores e contexto na produção de resultados de avaliação, os quais não são mais que as conclusões das avaliações realizadas. Por outro lado, a utilização posterior dos dados obtidos nas avaliações, para além de espelhar assertividade no processo de PES, reflete a relação dinâmica entre atores, contexto e repostas à fragilidade descritas no modelo teórico do estudo.

Tendo as avaliações ao PNDS sido solicitadas pelo MINSAP, numa perspetiva de PES, respondendo este em larga medida, e como já foi referido, a exigências sobretudo de financiadores, a RGB enquadra o descrito para EF, onde se verifica a preponderância de atores externos, como a comunidade de doadores, na formalização da prática de avaliação¹⁰. Os mesmos autores referem as abordagens orientadas pelos doadores como causadoras de insatisfação, o que tem provocado a reflexão sobre a necessidade de adequar e adaptar estratégias de avaliação a diferentes contextos socioculturais, políticos, económicos e ecológicos, sendo esta reflexão motivada pelo pressuposto de que a metodologia é sensível ao contexto¹⁰.

Do presente estudo emergiu a excelência da ‘análise de contexto’ em ambos os relatórios de avaliação, sendo reveladora da estreita relação dos avaliadores com o PES na RGB. Considerando o padrão ‘procedimentos práticos’, conclui-se que em relação à avaliação de implementação do PNDS I, estes procedimentos embora bem descritos e aparentemente práticos de operacionalizar, evidenciam algum risco de implementação se considerarmos o contexto da situação vivida pela RGB na data da avaliação. Para o mesmo padrão, o

segundo relatório apresenta a sua descrição de forma mais limitada no corpo do texto, sendo que o avaliador na entrevista realizada esclarece a forma como implementou a avaliação, adaptando os procedimentos à realidade contextual vivida no momento e demonstrando um amplo conhecimento da mesma.

A literatura sustenta a ideia subjacente a estes resultados. Por um lado as avaliações são empreendimentos complexos profundamente influenciados pelo contexto, bem como pelas pessoas envolvidas, sendo cada processo de avaliação único e devendo ser encarado como tal¹⁹. Por outro lado, a ampla consideração do contexto guineense na realização das avaliações em análise leva ainda à reflexão sobre a adaptação das metodologias de avaliação ao contexto onde ela é feita.

Verifica-se que é impraticável uma receita única para avaliação - muitos dos princípios de avaliação, pressupostos e práticas que se desenvolveram em países altamente desenvolvidos são considerados inadequados para contextos menos desenvolvidos²⁰. A nível global existe uma preocupação crescente com o facto de uma abordagem de avaliação *padronizada* de acordo com o modelo de avaliação ocidental nem sempre ser apropriada em contextos culturais e de desenvolvimento distintos²⁰.

Enquadrando a temática na especificidade vivida no continente africano encontramos convergência com os resultados obtidos na avaliação do PNDS na RGB. Neste continente constata-se que até à década de 80, a avaliação foi em grande parte impulsionada por atores internacionais, sendo que ainda nos nossos dias as avaliações na África são sobretudo encomendadas por partes interessadas não-africanas, principalmente doadores internacionais ou agências de desenvolvimento, os quais administram ou financiam programas de desenvolvimento no continente²⁰.

A literatura sustenta a ideia de que, embora o desejo de conferir à avaliação relevância cultural esteja atualmente no centro do discurso sobre avaliação, as tentativas globais de implementar práticas culturalmente sensíveis ainda não conseguiram integrar as vozes africanas²¹.

Perante a constatação de que o atual paradigma de avaliação ocidental não é sempre aplicável ao contexto africano, emergem, na comunidade de avaliadores, argumentos a

favor de um paradigma de avaliação orientado para a África, devendo este ser mais adequado às condições, culturas e instituições africanas ²⁰.

Esta reflexão desafia aqueles que acreditam em processos de avaliação orientados unicamente por indicadores quantitativos que negligenciam o que é menos tangível. Por outro lado, reforça a necessidade de enquadramentos institucionais que facilitem abordagens participativas e reconheçam os sistemas de valor que apoiam a avaliação e apelam aos Estados para que recorram à avaliação para melhorar a natureza de suas abordagens de governança ¹⁸.

A comunidade de avaliadores defende acordos entre o governo, a sociedade civil e as empresas para permitir a reflexão sobre o mérito e o valor das avaliações e promover o seu uso ¹⁸. Estas são considerações certamente a ter em conta em futuros processos avaliativos em saúde na RGB.

4.1.2. Recursos humanos em saúde, com particular destaque na sua formação

4.1.2.1. Fragilidade do Sistema de Saúde da República da Guiné-Bissau essencialmente sentida ao nível dos Recursos Humanos da Saúde

A realidade vivida pela RGB enquanto EF enquadra, especificamente em matéria de RHS, o descrito na literatura, segundo a qual uma crise grave, especialmente quando é prolongada, afeta os RHS de diversas formas ²²⁻²⁵.

Na opinião dos entrevistados e dos participantes no grupo focal, a escassez de fundos e a instabilidade política surgiram no presente estudo como as duas principais forças que moldam os RHS na RGB desde a independência ao ano de 2018, tendo confirmado muitos dos atributos encontrados em outros países marcados pela fragilidade, mas permitindo também identificar características originais que merecem destaque.

A privatização do sector saúde operada pela própria força de trabalho pública; a transformação do serviço de saúde num bem de consumo; e a produção de quadros de saúde apoiada maioritariamente pelos fundos próprios dos formandos, são algumas das

características reconhecíveis e partilhadas pela RGB com outros EF que exibem sistemas de saúde subfinanciados^{25,26}. Estas características manifestam-se num cenário de um SS com profissionais de saúde motivados para entrar no serviço público e autoridades de saúde interessadas em oferecer empregos e outras vantagens relacionadas²⁵.

No entanto, segundo os participantes no estudo, a escassez persistente de financiamento nacional e a flutuação da ajuda externa evidenciaram tais características na RGB, afastando-a da realidade vivida em outros países como Angola, onde as receitas petrolíferas permitiram uma expansão descontrolada do serviço público, e Moçambique cujo sector da saúde tem sido impulsionado por generosos fluxos de ajuda internacional²⁴.

Reconhecidas pelos entrevistados, inicialmente praticadas na capital mas à data do estudo vividas também nas zonas rurais, as cobranças ilícitas emergem como uma característica marcante na prestação de cuidados de saúde. É um segredo mal guardado o das taxas cobradas pelos profissionais de saúde aos utentes²⁵, sem que estas estejam oficialmente previstas ou tabeladas e sem que revertam para o setor mas sim diretamente para os prestadores de cuidados. Esta mercantilização dos serviços de saúde é vivida também em EF como o Camboja ²⁷, o Líbano ²⁸, e a Somália ²⁹ e é reconhecida pela literatura nos EF, sobretudo praticada em zonas geográficas onde a prosperidade é mais sentida – as capitais³⁰. Os participantes no estudo relacionaram estas cobranças com a sua remuneração baixa e nem sempre atempada²⁵.

O descrito integra o definido para setor de economia informal, presente não apenas na RGB mas também em outros países em desenvolvimento, verificando-se que o mau funcionamento das instituições e a corrupção empurram parte substancial da atividade económica para a informalidade, conduzindo a que o Estado obtenha receitas fiscais reduzidas. Estas não permitem sustentar instituições de boa qualidade nem garantir rendimentos razoáveis aos seus funcionários, o que alimenta a corrupção³¹.

Um caso extremo de força de trabalho de saúde sem efetiva liderança é possivelmente o que testemunhamos na RGB. Deixados entregues a si mesmos, com pouca ou nenhuma supervisão e sem formação contínua, os profissionais de saúde tornaram-se progressivamente os verdadeiros donos e operadores dos serviços de saúde, agindo inevitavelmente mais a seu favor que dos utentes²⁵. Esta realidade de sistemas de saúde

subgovernados, em que os profissionais de saúde assumem a liderança informal do sistema, foi reconhecida noutros Estados ³².

Indiscutivelmente, a Iniciativa de Bamako foi assumida como um recurso potenciador da comercialização dos cuidados de saúde, sendo que as receitas da recuperação de custos são integralmente captadas e geridas pelos profissionais de saúde locais que agem como gestores. Assim, a transformação do serviço de saúde num bem de consumo progrediu, em vez de fornecer uma linha de vida para sistemas de saúde carentes de dinheiro, como supostamente aconteceu em outros países da África Ocidental ^{33,34}.

Verifica-se que a RGB enquadra os problemas definidos pela OMS para a Região Africana aquando da elaboração das orientações para a implementação da Estratégia Mundial dos Recursos Humanos da Saúde: Força de Trabalho 2030. Apresenta uma fraca liderança e governação do pessoal de saúde e inadequada capacidade de educação e formação dos seus RHS³⁵.

4.1.2.2. Formação de Recursos Humanos da Saúde

A RGB enquadra o descrito para EF em matéria de formação em saúde: por um lado apresenta uma limitada capacidade formativa, não respondendo o sistema de formação às necessidades do país; por outro é marcada por falhas ao nível da liderança e governação com reflexo nos processos de formação desde a sua génese à sua consecução.

Existindo um documento orientador para a gestão de RHS, o PNDRHS, a sua limitada implementação e apoderamento por parte dos diferentes intervenientes enquadra a realidade vivida pelos EF em que os documentos de planeamento nem sempre se traduzem em trabalho concreto e coerente²⁴.

O PNDRH forneceu um argumento para uma aposta na produção de RHS em quantidade, e não para a regulamentação da força de trabalho ³⁶, indo ao encontro da literatura que identifica em diversos EF uma pressão ascendente sobre a quantidade para expandir os números de RHS existentes e uma pressão descendente insignificante na qualidade da formação ministrada causada por uma regulamentação ausente ²².

A descrição e a análise das estruturas e processos de formação permitiram verificar que no que concerne o tema da oferta formativa, a realidade vivida na RGB não se afasta do descrito para outros EF, emergindo 3 modelos de negócio: comercialização do setor público; proliferação de um setor privado lucrativo funcionando em roda livre; perenização de modelos de cooperação que perpetuam a dependência de iniciativas e recursos externos.

Segundo o modelo teórico do presente estudo, estes 3 modelos de negócio são respostas à fragilidade em formação de RHS, mais uma vez resultantes da interação entre os diferentes atores entre si e com o contexto.

Falhando os subsídios do Estado e os apoios dos parceiros, comercializa-se o ensino público, tornando-se o lucro o principal motivador da atividade das estruturas de formação. As propinas dos alunos como garantia do funcionamento das estruturas, os exames de admissão pagos sem retorno em caso de não aprovação são exemplos desta comercialização.

A formação é maioritariamente do domínio do sistema público, seja do MINSAP, do Ministério da Educação e do Ensino Superior (MEES), ou ambos, sendo que no decorrer da instabilidade vivida foram emergindo centros de formação privados, geralmente não reconhecidos pelo Estado, podendo traduzir-se em baixa qualidade quando carecem de adequados recursos e capacidades ²³. Verifica-se na RGB o descrito para a Região Africana: algumas escolas de formação não estão acreditadas, o que significa que a qualidade da educação ministrada não está assegurada³⁵.

O negócio associado à proliferação de entidades privadas de formação é também descrito em países como Afeganistão, Índia, Brasil, República Centro Africana, República Democrática do Congo, Haiti, Territórios Ocupados da Palestina e Somália em que a formação de profissionais de saúde é classificada como um negócio aparentemente lucrativo ²².

A FM evidencia um outro modelo de negócio presente na RGB. Criada numa parceria com a cooperação cubana como resposta à fragilidade na formação de quadros médicos, nunca foi integralmente assumida em matérias de gestão e funcionamento pelo país. Aquela que deveria ter sido uma iniciativa de curto-prazo, um apoio ao desenvolvimento da formação

de quadros médicos, tornou-se numa realidade aceite e quase inquestionável. Esta situação enquadra o descrito para EF: as respostas à crise, tais como enfoques verticais e de projetos, inicialmente previstos para intervir a curto prazo, tendem muitas vezes a tornar-se "culturais", ficando enraizadas na forma de ser dos povos, para além das situações de fragilidade ou causando a continuidade das mesmas. Corrigir estas tendências implica uma atuação estratégica, uma vez que a resolução não é espontânea ²³.

Importa ainda sublinhar que perante a prevista escassez de RHS prevista no PNDRH, este documento estratégico forneceu orientações apenas alusivas à quantidade de RHS que deveriam ser formados, tendo a resposta dos atores sido unicamente no domínio de garantir, como já referimos a quantidade de quadros formados. Segundo a OMS, a escassez de mão-de-obra não pode ser resolvida simplesmente treinando mais profissionais de saúde, mas sim recorrendo a um planeamento abrangente da força de trabalho em saúde, com base numa análise profunda do mercado de trabalho da saúde, de forma a entender as forças que afetam a oferta e a procura da força de trabalho, tanto dentro dos países quanto a nível global³⁷.

A mesma fonte define um quadro de referência para o mercado de trabalho na saúde ³⁷, no qual interagem o setor da educação, nele incluindo as entidades de formação de RHS, com as dinâmicas do mercado de trabalho, influenciados ambos por políticas de produção, políticas para lidar com entradas e saídas de profissionais no país e no mercado de trabalho, políticas de regulação da distribuição de profissionais no setor e políticas de regulação do setor privado. Segundo este quadro de referência percebemos que, tendo a RGB apostado numa estratégia parcial, olhando apenas para a formação de quadros em termos quantitativos, não foi eficaz na resposta à escassez da força de trabalho uma vez que não contemplou as forças do mercado da saúde, não tendo desenvolvido uma efetiva política de resposta a esta necessidade.

4.1.2.3. Sobre as instituições de formação de Recursos Humanos da Saúde

Ao aprofundar o tema das estruturas e processos de formação na RGB, deparamo-nos com episódios controversos de instituições que se pretendia serem integradas sem nunca o terem sido, como é o caso por exemplo da FM que nunca integrou formalmente a ENS, ou da ENS que nunca integrou a Universidade Amílcar Cabral (UAC), embora houvesse essa intenção; ou ainda de entidades que tendo sido criadas como públicas com gestão privada, mais tarde se tornam privadas para mais ainda tarde integrarem o sistema público de ensino – como é o caso da história conturbada da UAC.

Procurando compreender estes processos e contextualizá-los na realidade do setor da educação e concretamente do ensino superior na RGB, verificamos em primeira instância que o Estado da RGB tem legislado sobre a educação do país a partir vários documentos oficiais, os quais são consultáveis e em abundante número ³⁸. Porém, os mesmos autores sublinham que tem faltado o cumprimento das leis para o avanço da educação nacional, salientando-se uma evidente falta de organização.

O setor da educação, pelas suas dimensões cultural, social e económica, torna-se num dos mais difíceis de governar e administrar, constituindo um desafio à vontade e capacidade dos Estados ³⁹. Os mesmos autores referem que sem a capacidade de criar e implementar políticas, os compromissos políticos bem-intencionados podem não ser realizados – justamente o que parece suceder nos referidos episódios históricos da gestão da afiliação de instituições de formação de RHS na RGB.

A gestão desordenada das instituições de ensino superior na RGB revela falta de vontade política por parte dos governos e da classe política em geral, os quais não se empenharam suficientemente na defesa de um ensino superior a serviço da sociedade guineense ⁴⁰. Importa ainda não esquecer que a tutela da formação superior de RHS e de nível médio é detida pelo MEES, sendo que ao longo do tempo a tutela da ENS e da FM já foi atribuída a cada um dos ministérios e aos dois em simultâneo, sendo à data de Junho de 2018 da responsabilidade do MINSAP, como unidade orgânica do Instituto Nacional de Saúde Pública. Estes factos potenciam a complexidade da matéria.

Embora a iniciativa de criar instituições de ensino, concretamente de ensino superior, possa demonstrar uma vontade política do governo em oferecer espaços de formação aos cidadãos guineenses, não foi desenvolvida uma política de manutenção e conservação destas instituições, demonstrando “fragilidade política e financeira do governo guineense no que tange ao cumprimento de acordos celebrados”⁴⁰. Para além desta fragilidade podemos ainda referir a ausência de políticas de regulação e mecanismos de controlo que, a existirem, poderiam ter potenciado a eficiência e eficácia do funcionamento destas instituições e do cumprimento dos acordos celebrados.

Refletindo especificamente sobre as instituições de formação de RHS, mais concretamente por exemplo sobre a UAC, enquanto entidade com a definição existencial/funcional mais complexa dentro da oferta formativa em saúde na RGB, verificamos o importante papel que desempenham no cenário da resposta à fragilidade identificada. A definição de instituição é complexa e está longe de ser consensual⁴¹⁻⁴³, sendo que não nos deteremos sobre a mesma. Consideremos as instituições como sistemas com regras estabelecidas e incorporadas, as quais estruturam as interações entre os que as constituem e com elas se relacionam⁴¹, sem aprofundarmos a formalidade/informalidade destes sistemas ou das regras que os definem.

Sublinhamos que “instituições eficazes” permitem que as pessoas trabalhem juntas de forma eficaz e pacífica, podendo estas assumir muitas formas desde estruturas legais robustas, a entidades da sociedade civil comprometida⁴¹. O debate em torno da eficácia das instituições e dos fatores que para ela contribuem é amplo^{43,44} e projeta-se para a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*^{42,45}, sendo que a existência e cumprimento de regras parece estar associado ao bom desempenho das instituições, à sua funcionalidade^{41,44}.

North (1990), citado por Hodgson (2016)⁴¹ escreveu: “As instituições são as regras do jogo na sociedade”, destacando a importância destas entidades nos ambientes sociais e também políticos. Assim, para além de serem geridas por regras (formais ou informais) cujo cumprimento define a sua maior ou menos eficácia⁴¹, elas mesmas ditam regras. Investigação empírica sustenta a teoria de que as instituições desempenham um papel na formação e no comportamento das sociedades, definindo as “regras do jogo”⁴³.

Os mesmos autores referem que estas regras guiam as interações económicas e políticas, determinam como os bens e serviços são fornecidos, como os orçamentos são gastos e regulam o sistema de justiça. Mas, por si só, essas regras nem sempre são eficazes, verificando-se que quando as regras não são promulgadas e aplicadas por instituições eficazes e confiáveis, os recursos são desperdiçados, os serviços não são entregues e as pessoas (especialmente os pobres) não recebem a proteção necessária⁴³.

Em EF instituições disfuncionais e predatórias são a norma frequentemente⁴³. Olhando para as instituições de formação de RHS na RGB encontramos nesta reflexão fundamento para as analisar na sua disfuncionalidade e no efeito da mesma. Se olharmos estas instituições à luz da referida gestão desordenada e dos controversos episódios de alteração de tutela concluímos estar perante instituições disfuncionais, no caso da FM predatória. Se considerarmos que elas ditam normas de interação política, económica, de fornecimento de serviços, neste caso de educação, verificamos que sucede o que acabamos de referir, conduzindo a que a oferta de formação de RHS não responda à fragilidade que esteve na origem desta resposta.

4.1.3. Respostas adaptativas à fragilidade em saúde

Das dinâmicas de resposta à fragilidade até aqui abordadas emerge uma que é transversal a todos os atores e que pode ser uma das chaves para uma visão realista de como responder a necessidades de saúde em EF. Todos os atores sem exceção, diante das adversidades na implementação das suas respostas, se adaptaram e passaram a agir a partir daí. Diz-se de África que tem a capacidade de se reinventar continuamente⁴⁶. Assim é a RGB. Porque na RGB, como em África e noutros lugares, reinventar é sinónimo de adaptar e transformar. Resiliência. Fragilidade e resiliência, dois lados da mesma moeda⁴⁷.

4.1.3.1. Resiliência e Capital Social

Se aprofundarmos cada uma das respostas à fragilidade que temos vindo a analisar, encontramos a presença desta adaptação por parte de cada um dos atores à fragilidade contextual que potencialmente limitaria as respostas.

Começando por pensar nos profissionais de saúde, os RHS. As referidas cobranças ilícitas e a captação de receitas provenientes da implementação da iniciativa de Bamako demonstram a adaptação dos RHS ao contexto em que exercem as suas funções. As instituições de formação desenvolveram a resposta às necessidades formativas através dos 3 negócios descritos, os quais revelam a forma como as entidades, evidentemente compostas e lideradas por pessoas, responderam adaptativamente à situação de fragilidade do Estado. O MINSAP, enquanto ator nacional, para poder ter acesso a financiamento para a sua atividade adaptou-se à exigência dos financiadores e elaborou um PNDS inclusivo em matéria das agendas dos parceiros, o PNDS III. Os parceiros internacionais, diante de um plano nacional (PNDS II) cuja implementação ficava aquém das expectativas, redigiram o seu próprio programa e implementam-no – assim nasceu o PIMI (Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil), desta capacidade de adaptação. As ONG, motivadas pelo carisma de contribuir para o desenvolvimento local, deixam os seus projetos próprios para integrar parcerias com atores internacionais financiadores, operacionalizando estratégias por vez de entidades públicas, adaptando-se à oportunidade existente.

Temos vindo a falar de falhas de liderança, sendo que porém ao longo do presente trabalho emergiu o facto de existirem tanto nos processos de PES como ao nível da formação de RHS, líderes informais que se destacaram, sendo que na sua presença os processos tinham encadeamento. Trata-se do que na literatura é considerado como uma liderança autogerada na cultura organizacional, manifestada na estrutura organizacional e que escapa às relações estruturais formais da organização⁴⁸. Os mesmos autores referem que este tipo de liderança, ou liderança informal, sendo inicialmente benéfico para a resolução de questões imediatas, a médio e longo prazo, poderá não constituir uma resposta sustentável. A liderança informal constitui também por si um exemplo de resiliência.

Poderíamos continuar com outros exemplos de resiliência na resposta à fragilidade em saúde no Estado da RGB, indo ao encontro da ideia de que as comunidades não são entidades estáticas ou ordenadamente delimitadas que permanecem constantes antes, durante e depois de uma crise⁴⁹. Em vez disso, segundo a mesma fonte e concretamente em caso de fragilidade de um Estado, indivíduos, instituições e comunidades moldam-se de acordo com as relações com agências governamentais, organizações de ajuda e outros

atores, não podendo ser descorada a natureza relacional das comunidades nos processos de apoio ao desenvolvimento.

Esta natureza relacional das comunidades remete-nos para outra resposta adaptativa muito associada à resiliência – o capital social. Segundo Robert Putman (2000) o capital económico é importante, bem como o capital humano mas o capital social constitui o tecido de articulação social que faz com que os outros “capitais” sejam mais ou menos úteis⁵⁰. Segundo o mesmo autor, o capital social manifesta-se sob forma de relações de confiança, de riqueza de contatos entre os indivíduos, de convivialidade geral que permeia a sociedade, constituindo uma peça fundamental na construção e gestão da resiliência socioeconómica e cultural⁵⁰.

À luz destas duas respostas adaptativas não podemos deixar de analisar um facto que não tendo sido alvo direto de estudo, emerge na caracterização deste EF. Apesar do contexto de fragilidade descrito, os indicadores de saúde materno-infantil tiveram um progresso positivo, com a redução das taxas de mortalidade infantil e mortalidade materna no decorrer da 2ª década do presente século. Na origem deste facto podem estar, conjuntamente com outros fatores, a resiliência e o capital social de um povo que sendo alvo de inúmeras respostas à sua fragilidade, por parte de uma vasta qualidade e quantidade de atores, se vai adaptando, estabelecendo relações de confiança, ganhando conhecimento, criando novos hábitos e assim alcança resultados em prol do seu desenvolvimento. Esta ideia assenta no facto de a resiliência ser vista como um ativo para o desenvolvimento da saúde ⁵¹. A resiliência promove a saúde mesmo em contextos adversos, podendo operar de três formas diferentes: compensatória, promovendo a prevenção e fomentando a mudança, podendo ser aqui encontrada parte da explicação para a melhoria do desempenho dos referidos indicadores.

A mesma leitura pode ser feita para a forma como as comunidades locais se organizam para responder às necessidades em saúde quando os recursos são escassos e que foram descritas em algumas das entrevistas realizadas. Por exemplo o investimento das comunidades em agentes de saúde de base e no trabalho das parteiras tradicionais é sinónimo de como, apesar das limitações, as respostas em saúde surgem, conseguindo gerir ou manter um sistema que ainda que informal, responde a necessidades. Dentro das limitações, as comunidades fazem

o melhor que podem afirmando que *Djito tem* contrapondo o dito popular *Djito cá tem^f* e dando mostras de um capital social com resultados reais ainda que sem impacto significativo em indicadores de saúde.

Isso vai ao encontro da descrição feita por Forrest (2003)⁵² da sociedade multiétnica da RGB, a qual é caracterizada por estruturas e formações sociais que desde os tempos coloniais constituem o que o autor chama de *alternativas populares às autoridades governativas*. Estas exercem a nível local uma mais forte influência sobre as comunidades que a dos órgãos governativos propriamente ditos, definindo processos de autonomia social assentes no conhecimento e na capacidade de resposta a necessidades por parte de indivíduos e grupos sociais. Falamos de capital social.

A aplicação do conceito de capital social à saúde é recente e o interesse por esta matéria tem crescido, sobretudo ao nível da saúde pública. Perante as permutas recíprocas entre os indivíduos e a participação em organizações cívicas⁵³, constata-se que o capital social se encontra relacionado com a edificação de estruturas comunitárias promotoras de estratégias de empoderamento e desenvolvimento sustentado. Os mesmos autores referem que esta resposta adaptativa fomenta melhorias na qualidade de vida dos indivíduos, influenciando o surgimento de benefícios globais ao nível da saúde coletiva, pelo contributo dado ao nível da identificação e satisfação das necessidades de diferentes populações-alvo⁵⁴.

Se considerarmos a aposta feita pelos diferentes atores em prol da saúde materno-infantil, seja pela implementação do PIMI, seja por projetos de ONG presentes no país e operando nesta matéria, é possível que as iniciativas de investimento ao nível das comunidades tenha contribuído para o envolvimento dos indivíduos e o fortalecimento do capital social, refletindo-se em praticas de promoção e prevenção com efeito sobre a mortalidade materna e infantil.

Importa porém aprofundar um pouco mais o impacto destes processos de resiliência e capital social na situação global de fragilidade do SS da RGB. A literatura sublinha que perante situações de fragilidade, os SS se adaptam de forma espontânea²³. Estas respostas

^f Uma expressão popular crioula que significa “Não tem solução”, que ao ser pronunciada ilustra algo que não se consegue alterar, mudar. *Djito tem* significará “Tem solução”.

adaptativas são muitas vezes inevitáveis; em alguns casos, elas são úteis para a sobrevivência a curto prazo do sector da saúde. Porém a principal preocupação relaciona-se com as consequências negativas a longo prazo. As respostas adaptativas tendem a ter lugar no nível micro, e passar despercebidas ou a serem parcialmente compreendidas. Para estes autores, é improvável que esta adaptação espontânea leve ao reforço sustentado de um sector da saúde fragilizado ²³, ilustrando aquilo que poderá suceder na RGB. Neste EF encontramos processos espontâneos de adaptação por parte dos diversos atores e das comunidades envolvidas, porém não se assiste com isso a um reforço sustentado do SS, no sentido de combater a sua fragilidade.

No sentido de tornar estas respostas adaptativas impactantes no contexto de fragilidade dos Estados, a literatura sustenta a ideia de fortalecer a resiliência com ações sustentáveis, multissetoriais, envolvendo múltiplos parceiros e incluindo a participação dos cidadãos afetados pela fragilidade, das comunidades, governos e sociedade civil⁴⁷.

Os mesmos autores sublinham que o fortalecimento da resiliência pode assumir muitas formas, desde apoio direto a famílias e comunidades sustentando a sua capacidade de resposta à fragilidade, a apoio orçamental e de consultadoria ao Estado, contribuindo para a sua construção enquanto tal, no sentido de assegurar a prestação de serviços essenciais à população ⁴⁷.

Desta reflexão emergem duas ideias chave que poderão ser úteis em processos de planeamento futuros, focados em objetivos de obtenção de ganhos em saúde. Por um lado a resiliência deve estar subjacente a toda a abordagem em torno da consecução e manutenção do desenvolvimento humano, constituindo o seu reforço uma das formas eficazes de intervir sobre a vulnerabilidade e promover o desenvolvimento ⁵⁵. Por outro, o mapeamento e a mobilização do capital social nas comunidades locais pode ser uma forma de obter o envolvimento comunitário na promoção de saúde, podendo o capital social fornecer novas ideias sobre os processos que influenciam as interações humanas, a cooperação e ação comunitária, no sentido da promoção da saúde e do desenvolvimento em EF ⁵⁶.

4.1.4. Revisitando o modelo teórico do estudo

Detenhamo-nos na análise da aplicação do modelo teórico definido para o presente estudo. Depois de caracterizada a fragilidade do Estado da RGB e do seu SS, identificou-se para cada uma das áreas definidas (UA I - PES e UA2 – Formação de RHS) atores que têm vindo a dar resposta à fragilidade descrita. Sintetizando: i) Atores internacionais, os quais procuram responder à fragilidade financiando e/ou implementando planos, programas, projetos todos eles definidos em documentos orientadores, segundo agenda própria; ii) Atores nacionais como o MINSAP que definiu o PNDS e o PNDRHS como respostas estratégicas à fragilidade em saúde, solicitou as avaliações à implementação dos PNDS I e II e aderiu à iniciativa de Bamako; ou as instituições de formação de RHS públicas e privadas que com a sua oferta formativa procuram responder à fragilidade na formação de RHS com recurso a 3 modelos de negócio descritos; iii) Atores subnacionais como as ONG que implementam projetos seus ou partilham com organismos internacionais o desafio de implementar estratégias definidas pelo primeiro grupo de atores; iv) Atores individuais como RHS que prestam cuidados de saúde em resposta a necessidades de saúde cobrando taxas não regulamentadas e gerindo fundos a seu favor; e cidadãos que individualmente e de forma comunitária respondem à fragilidade contextual adaptando-se. A resiliência surge como uma resposta adaptativa transversal a todos os atores e o capital social como promotor da resiliência de indivíduos e comunidades.

Analisando os resultados da implementação das respostas de cada um dos atores envolvidos, verifica-se que estes são marcados pela influência da fragilidade do Estado da RGB e podem ser lidos à luz do que sucede em outros EF, evidenciando-se características próprias deste país, concretamente: instabilidade política, escassez de fundos; falhas a nível da governação e da liderança; desarticulação entre atores; inadequada/limitada capacidade de formação de RHS; ausência de supervisão do desempenho dos profissionais de saúde; ausência de formação continua para profissionais de saúde.

Porém, a discussão destes dados, numa perspetiva dinâmica incutida pelo modelo teórico utilizado, pela qual a interação entre atores e entre estes e o contexto é essencial para analisar as respostas à fragilidade, introduz a reflexão sobre ideias que podem dar importantes contributos no sentido de atingirmos o objetivo geral do estudo.

A instabilidade política aparece, na voz dos participantes do estudo, como a mãe das fragilidades. Tudo se resolveria se esta tivesse resolução. Porém o presente trabalho chama-nos a um exercício de realismo. A instabilidade política na RGB faz parte do contexto, há que contar com ela. Evidentemente que o desejo é que esta se resolva e que o Estado da RGB possa viver uma realidade de Paz e prosperidade que dela pode advir. Porém não abona a favor do desenvolvimento do país planificar como se a instabilidade política não existisse e depois justificar com ela a não implementação dos planos, programas, projetos, estratégias. A não dependência do poder central para estes processos poderá garantir que eles decorram com maior sucesso e indiretamente contribuir para a desejada estabilidade.

Outro ponto que destacamos é o ênfase dado ao poder político e o enfoque dado ao seu papel na potencial promoção do desenvolvimento do país – “tudo se resolveria se a governação deixasse de falhar”. Aqui temos de sublinhar o poder dos mercados em oposição ao poder político, sendo que na história atual se verifica a primordialidade dos mercados sobre as dinâmicas políticas. Se a RGB apostar numa análise profunda das dinâmicas de mercado, e concretamente do mercado da saúde, e numa consequente atuação de acordo com essas dinâmicas, poderá promover o seu desenvolvimento e contribuir para a resposta à fragilidade do Estado.

Indo mais longe, este trabalho levou-nos a reconhecer o papel das instituições nestes processos. Elas de facto importam e ditam regras ao mercado. Se nos mantivermos apenas no domínio político perdemos esta dinâmica do mundo atual em que a RGB se integra, e não conseguiremos contribuir para resposta à sua fragilidade. O nosso contributo poderá então ser no sentido de fortalecer as instituições, tornando-as mais eficazes – pensemos por exemplo nas instituições de formação de RHS abordadas ao longo do estudo.

Na linha do exercício de realismo, sublinham-se aspetos do contexto guineense que vimos tender a ser ignorados e que não os assumir contribui apenas para a ineficácia de respostas à fragilidade. Por exemplo, a importância das agendas dos financiadores é uma realidade e considera-la permitirá planificar e eventualmente implementar estratégias de forma mais eficaz e eficiente. Os financiadores são atores-chave na promoção do desenvolvimento da RGB, o qual será melhor sucedido se os diferentes atores, incluindo os nacionais, agirem

de forma concertada. A estratégia de redação do PNDS III vai no sentido deste realismo, carece agora da mesma prática na continuidade do processo de implementação.

Outro exemplo é assumir com realismo a forma como funciona o SS da RGB. Assumir a informalidade existente no setor e assumir também a presença de líderes informais. Assumir que há cobranças ilícitas, que não há retorno na recuperação de custos da iniciativa de Bamako, que existe medicina tradicional e práticas próprias de cada etnia no que diz respeito à saúde e que em muitas comunidades essas são o primeiro alvo de procura por parte da população, entre tantos outros aspetos. Assumir a importância das comunidades não apenas na implementação das estratégias mas também na fase de planeamento. Assumir que há nas comunidades homens e mulheres que se destacam na resposta a necessidades de saúde e que não são RHS – são agentes comunitários, integram alguns programas mas noutros não são referidos.

Se o objetivo for apoiar o desenvolvimento do Estado da RGB, no sentido de contribuir para respostas eficazes à fragilidade, então temos de ir ao encontro dos debates mais recentes sobre esta matéria e encarar a realidade de que “temos que parar de supor que o conhecimento técnico do mundo desenvolvido supera o contexto local. Precisamos de descartar suposições sobre o que "nós" achamos que funciona. Estas dinâmicas são complexas e os especialistas do mundo desenvolvido não têm todas as respostas”⁴³.

Sublinhamos aquela que foi a característica que envolveu todo este trabalho – a importância do contexto. Se queremos contribuir para respostas eficazes à fragilidade do Estado temos de promover que estas sejam alicerçadas no contexto. “A tendência de utilizar modelos normativos significa que negligenciamos continuamente dimensões contextuais importantes. Essas dimensões podem ser políticas, culturais, entre outras, mas não lhes prestar atenção suficiente conduz sempre ao mesmo resultado: projetos excessivamente ambiciosos, irrealistas e mal direcionados”⁴³, não respondendo à fragilidade do Estado.

Com recurso ao modelo teórico definido percebemos a dinâmica das respostas em saúde à fragilidade do Estado da RGB. Estas respostas são marcadas pela fragilidade do Estado da RGB e podem ser lidos à luz do que sucede em outros EF, evidenciando-se características próprias deste país. Isto sublinha a importância de ler estes resultados no contexto de um Estado que sendo frágil não tem deixado de responder a esta fragilidade.

E fica a reflexão de que não apenas as respostas dadas são amplamente influenciados pelo contexto de fragilidade do Estado da RGB como o próprio contexto acaba sendo influenciado por elas. Vimos que o contexto de fragilidade leva a respostas que por sua vez potenciam a fragilidade contextual. É um ciclo – se na implementação das respostas à fragilidade se conseguir vencer a mesma, os resultados serão favoráveis a uma influência sobre o contexto no sentido de reduzir a fragilidade do Estado. Se a fragilidade se mantiver na implementação das respostas, então os resultados espelhá-la-ão e o contexto permanecerá frágil.

4.2. CONCLUSÕES

A RGB, país com independência reconhecida desde 1974, é um Estado considerado frágil marcado por um contexto de instabilidade política e institucional que, à semelhança de outros EF, não tem deixado de reagir à sua fragilidade.

Com um SS que reflete esta fragilidade, vários atores se intercetam na arena das reações à fragilidade, procurando dar respostas, no sentido de contribuir para o desenvolvimento do país, concretamente de obter ganhos em saúde.

Partindo de quatro hipótese e de três objetivos específicos, concluímos ter alcançado os objetivos e confirmado as hipóteses.

O PES na RGB tem acompanhado a tendência global deste procedimento, o qual desde a década de 90 se assume como orientação incontornável para legitimar uma visão estratégica para a definição de áreas prioritárias de intervenção no setor da saúde.

Verificou-se porém que, concretamente no que concerne ao PNDS enquanto documento de estratégia nacional para a saúde, embora o seu processo de elaboração nas três edições já existentes assente numa perspetiva *bottom-up*, envolvendo os diferentes atores, desde governantes a parceiros, passando por direções regionais, profissionais de saúde e organizações da sociedade civil envolvidas na prestação de cuidados de saúde, este evoluiu no sentido de enfatizar cada vez mais o produto técnico, no sentido de garantir o apoio financeiro por parte dos parceiros internacionais.

Verifica-se que a avaliação tem sido parte integrante do processo de PES na RGB, concretamente a avaliação da implementação da estratégia nacional em saúde, descrita no PNDS. Avaliados os documentos de avaliação, emergiu sobretudo a utilidade das mesmas em processos de planeamento sequente. As avaliações efetuadas são parte integrante de um processo que ainda que não espelhe progressos significativos em indicadores específicos, uma vez que o grau de implementação das estratégias definidas é reduzido, é exemplo de um exercício de PES num EF, permitindo abrir caminho a uma convergência de visão.

No que concerne à formação de RHS, as respostas a necessidades de formação de RHS são caracterizadas por constituírem três modelos de negócio que refletem a fragilidade do sistema e enfatizam a resiliência de um povo. Ao mesmo tempo espelham a fragilidade de instituições de formação e do Estado, enquanto regulador da atividade formativa.

Enquadrada a fragilidade do Estado da RGB, concretamente a fragilidade do seu SS, e das respostas a essa fragilidade no contexto de EF, foi possível analisar algumas características específicas da RGB sublinhando a importância do contexto nestes processos.

As respostas dos diversos atores à fragilidade em saúde na RGB, concretamente às fragilidade no domínio do PES e da formação de RHS, demonstraram ser processos dinâmicos, algumas vezes até controversos, marcados pela interação entre os diversos atores e o contexto, onde a resiliência é uma resposta transversal a todos os atores e o capital social uma forma de potenciar a resiliência comunitária e a resposta à fragilidade por parte das comunidades e indivíduos.

Reconhecer estas dinâmicas, amplamente enraizadas em processos contextuais, pode ser essencial numa perspetiva de contribuir para respostas eficazes e eficientes à fragilidade do Estado da RGB. O mesmo se pode dizer relativamente ao reconhecimento da importância do papel das instituições e do mercado da saúde, para além do domínio político que até aqui tem sido considerado como a chave de leitura da fragilidade e da sua resolução. A par disto está também uma possível aposta no fortalecimento dos processos de resiliência e capital social, permitindo que estes tenham impacto para além do verificado aquando da sua emergência enquanto processos adaptativos espontâneos.

Ir ao encontro dos atuais desafios lançados pela *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* e pelos *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*, concretamente pelos ODS 3 – Saúde de qualidade, ODS 6 - Educação de qualidade e ODS 16 – Paz, Justiça e Instituições eficazes, pode ser um caminho a seguir, ambicionando contribuir para a resposta em saúde à fragilidade do Estado da República da Guiné Bissau.

Consideramos que este estudo contribui para isso mesmo. Marcado por uma diversidade metodológica que permitiu contemplar atores de todos os espaços da arena de resposta à fragilidade em saúde, aprofundar o contexto, tendo dado espaço e abertura à escuta de indivíduos e comunidades e à análise de documentos, foi possível chegar a governantes e governados, ver o rosto de cada um, escutar memórias e acolher reflexões. Por outro lado, o estudo de caso encontra-se enraizado em orientações estratégicas globais e para a região africana, conferindo-lhe credibilidade. Ambicionamos contribuir para um olhar realista e aberto para outros EF com características semelhantes à RGB.

Para lá do conceito de EF, terminado este trabalho, recordando rostos, palavras, episódios, desafios passados e futuros, sonhos de uns e estratégias de outros, emerge um Estado que tem provado com a sua história uma heroica resiliência e uma alegria de viver que contrasta com a instabilidade governativa que lhe é conhecida. Contribuir para respostas eficazes à fragilidade que o caracteriza é abrir portas a um desenvolvimento sustentável que ambicionamos não apenas para a RGB mas para toda a comunidade humana.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Introdução

1. Ferreira P. “Estados Frágeis” em África: A Intervenção Externa nos processos de Construção do Estado (statebuilding) e da Paz (peacebuilding). 2014.
2. Dorff RH. Responding to the Failed State: What to Do and What to Expect. Purdue University, West Lafayette, 2000.
3. Dorff RH. State Failure and Responding to It. New Orleans, LA, 2002.
4. European Commission. Towards an EU response to situations of fragility - Engaging in difficult environments for sustainable development, stability and peace. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Brussels, 2007.
5. Newbrander W, Waldman R, Shepherd-Banigan M. Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states. *Disasters* 2011; 35: 639–660.
6. OCDE. Princípios para uma intervenção internacional eficaz em Estados Frágeis e em Situações de Fragilidade. 2008.
7. Collier P. The bottom billion, Why the Poorest Countries are failing and what can be done about it. New York: OXFORD University Press, 2007.
8. Francisca Saraiva. A Definição de Crise das Nações Unidas, União Europeia e NATO. *Nação E Def* 2011; 11–30.
9. Torres MM, Anderson M. Fragile States: Defining Difficult Environments for Poverty Reduction. PRDE Working Paper 1, UK Department for International Development, August 2004.
10. Messner JJ. Fragile States Index 2015. The Fund for Peace, 2015.
11. Messner JJ, Haken N, Taft P, et al. The Fragile States Index 2018. The Fund for Peace, 2018.
12. OECD. Concepts and Dilemmas of State Building in Fragile Situations: From Fragility to Resilience. 2008.
13. Ferreira PM. Ajuda ao desenvolvimento: Revisão do conceito e novas abordagens. IMVF, June 2014.

14. Guerreiro CS, Hartz Z. A evacuação de doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa para Portugal – estudo de avaliabilidade. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2015; 14: 101–108.
15. Alves SSBCS. Programas de ajustamento estrutural na óptica do papel do estado na África a Sul do Saara. masterThesis, Instituto Superior de Economia e Gestão, <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/637> (2002, accessed 11 September 2018).
16. Lopes da Cruz JM. O Programa de Ajustamento Estrutural na República da Guiné-Bissau: uma avaliação política e ética, <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/1338> (2007, accessed 10 September 2018).
17. Cabello A. Consenso de Washington. Economipedia, <http://economipedia.com/historia/consenso-de-washington.html> (2016, accessed 15 September 2018).
18. OCDE. Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento - Fórum de Alto Nível. 2005.
19. 4º Forum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda. Parceria de Busan para uma Cooperação Eficaz para o Desenvolvimento. República da Coreia, 2011.
20. General Assembly of the United Nations. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development (Addis Ababa Action Agenda) -Resolution adopted by the General Assembly on 27 July 2015, <http://www.undocs.org/A/RES/69/313> (2015).
21. Camões - Instituto da Cooperação e da Língua. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development, <http://www.instituto-camoes.pt/activity/o-que-fazemos/cooperacao/cooperacao-portuguesa/mandato/ajuda-ao-desenvolvimento/agenda-2030>.
22. Trindade S. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Primeira reunião da plataforma multipartida de alto nível da Comissão. Portugal - European Commission, https://ec.europa.eu/portugal/news/sustainable-development-goals_pt (2018, accessed 12 September 2018).
23. ONU. Transformando o nosso Mundo: a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030, http://cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs/Agenda_Sustainable_Development.pdf (2015).
24. Lusa. Agenda 2030 deve priorizar Estados frágeis e continente africano - MNE português. SAPO, http://www.sapo.pt/noticias/agenda-2030-deve-priorizar-estados-frageis-e-_56089545d5fa57fe76e59f31 (accessed 14 January 2016).

25. Lopes CM. Quem ajuda quem? Janus, 2003, http://janusonline.pt/2003/2003_1_3_3.html (2003, accessed 17 March 2016).
26. Ferreira A, Rocha E. O papel dos Trust Funds: oportunidades e desafios. Gab Planeam Estratégia Aval E Relações Int Minist Finanç E Adm Pública.
27. Moreira A. Teoria das Relações Internacionais. 8ª Edição. Almedina, 2014.
28. Amigos Teilhard Portugal. Teilhard Chardin: Bibliografia, <http://amigosteilhardportugal.pt/biografia/> (accessed 15 September 2018).
29. Repertório Português de Ciência Política. Lei da Complexidade Crescente, http://maltez.info/respublica/topicos/aaetrac/complexidade_crescente.htm (2004, accessed 7 August 2018).
30. Barakat S, Larson A. Fragile States: A Donor-serving Concept? Issues with Interpretations of Fragile Statehood in Afghanistan. J Interv Statebuilding 2014; 8: 21–41.
31. Grimm S, Lemay-Hébert N, Nay O. ‘Fragile States’: introducing a political concept. Third World Q 2014; 35: 197–209.
32. Fialho F. As múltiplas definições do conceito de Capital Social. Rev Bras Informação Bibliográfica Em Ciênc Sociais - BIB São Paulo 2008; 71–88.
33. Arco A. Capital social e saúde: um espaço de interação estrutural, <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4079> (2012).
34. Barrios RE. ‘Here, I’m not at ease’: anthropological perspectives on community resilience. Disasters 2014; 38: 329–350.
35. ISN. Food Security in Africa Series: Resilience Strategies in Fragile States, <http://www.isn.ethz.ch/Digital-Library/Publications/Detail/?ots591=eb06339b-2726-928e-0216-1b3f15392dd8&lng=en&size582=10&id=188344> (accessed 16 March 2016).
36. Lapão L, Silva A, Pereira N, et al. Ebola impact on african health systems entails a quest for more international and local resilience: the case of african portuguese speaking countries. Pan Afr Med J; 22(Supp 1):15.
37. S.A PI. Significado / definição de resiliência no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, <https://www.priberam.pt/dlpo/resili%C3%A2ncia> (accessed 7 August 2018).
38. Infopédia. Definição ou significado de resiliência no Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa. Infopédia - Dicionários Porto Editora, <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/resili%C3%A2ncia> (accessed 7 August 2018).

39. PNUD. Relatório de Desenvolvimento Humano 2014. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência. USA, 2014.
40. Noronha MGR da C e S, Cardoso PS, Moraes TNP, et al. Resilience: A new perspective in health promotion? *Ciênc Amp Saúde Coletiva* 2009; 14: 497–506.
41. WHO. Constitution of WHO: principles. WHO, <http://www.who.int/about/mission/en/> (accessed 13 April 2016).
42. WPRO. The WHO Health Systems Framework. WPRO, http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/ (accessed 12 March 2016).
43. WHO. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. WHO, <http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/> (accessed 12 March 2016).
44. Pavignani E, Colombo S. Analysing disrupted health sectors: a modular manual. WHO. 2009.
45. McPake B, Witter S, Ssali S, et al. Ebola in the context of conflict affected states and health systems: case studies of Northern Uganda and Sierra Leone. *Confl Health* 2015; 9: 23.
46. WHO. Global Health Initiatives. WHO, <http://www.who.int/trade/glossary/story040/en/> (accessed 12 April 2016).
47. BCSD Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. ODS, <https://www.ods.pt/ods/> (accessed 10 July 2018).
48. WHO. Effects of Global Health Initiatives on Health Systems Development, Uganda. WHO, http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/makerere_knowledge/en/ (accessed 13 April 2016).
49. Evangelista Rocha. Saúde e objetivos de desenvolvimento sustentável. *Rev Factores Risco* 2017; 12–19.
50. WHO. Sustainable Development Goal 3: Health. WHO, <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/en/> (accessed 27 August 2018).
51. UNDP. Support to the Implementation of the Sustainable Development Goals. UNDP, <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/sustainable-development-goals/undp-support-to-the-implementation-of-the-2030-agenda.html> (accessed 27 August 2018).
52. Djalma de Pinho Reboucas de Oliveira. Planeamento Estratégico - Conceitos, Metodologia, Práticas - 33ª Ed. 2015 - Gratis em formato EPUB, MOBI e PDF. Beth

- Bento, <https://bethbento.com/download-planeamento-estrategico-conceitos-metodologia-praticas-33a-ed-2015-gratis/> (2017, accessed 23 February 2018).
53. Ferrinho P, Guerreiro CS, Portugal R. Estudo comparativo de estratégias/PNS de países europeus membros da OCDE. *An IHMT* 2015; 14: 71–84.
 54. Berke P, Godschalk D. Searching for the good plan: a meta-analysis of plan quality studies ; 227-240. *J Plan Lit* 2009; 23: 227–240.
 55. WHO (ed). *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva: World Health Organization, 1981.
 56. WHO. *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. Copenhagen, 1998.
 57. Pavignani E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. *Disasters* 2011; 35: 661–679.
 58. Fujita N, Zwi AB, Nagai M, et al. A Comprehensive Framework for Human Resources for Health System Development in Fragile and Post-Conflict States. *PLOS Med* 2011; 8: e1001146.
 59. Durham J, Pavignani E, Beesley M, et al. Human resources for health in six healthcare arenas under stress: a qualitative study. *Hum Resour Health* 2015; 13: 14.
 60. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet* 2004; 364: 1984–1990.
 61. Witter S, Falisse J-B, Bertone MP, et al. State-building and human resources for health in fragile and conflict-affected states: exploring the linkages. *Hum Resour Health* 2015; 13: 33.
 62. Doull L, Campbell F. Human resources for health in fragile states. *The Lancet* 2008; 371: 626–627.
 63. WHO. Tools and guidelines for human resources for health. WHO, <http://www.who.int/hrh/tools/en/> (accessed 30 March 2016).
 64. Ministério da Educação da Guiné Bissau, UNICEF, UNESCO. *Relatório do estado do Sistema Educativo para a reconstrução da escola da Guiné-Bissau sobre novas bases*. 2015.
 65. Lopes C. *Recortes da História da Guiné-Bissau 1900-2005*. 2^a. Portugal: FEC, 2015.
 66. Cateia JV, Silva IC da, Rohenkohl JE. A mudança estrutural na Guiné-Bissau. *Textos Econ* 2018; 21: 97–124.
 67. Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional da República da Guiné-Bissau. *Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza (ILAP II)*, 2010. Bissau, 2011.
 68. Cardoso P, Dubbeldam R. *Relatório Nacional para Institucionalização da Monitoria da Cooperação Eficaz para o Desenvolvimento*. Guiné-Bissau, February 2018.

69. Floriano AP. A desindustrialização da África sub-sahariana e o impacto dos programas de estabilização e ajustamento estrutural: o caso dos PALOP's. In: A questão social no novo milénio, 2004, p. 176.
70. Rodrigues V, Alves P, Campos R, et al. Economia Informal em Portugal. CEGEA - Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada da Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa, http://www.cotecportugal.pt/images/stories/iniciativas/Economia_Informal/estudo_economia_informal.pdf (2008, accessed 10 September 2018).
71. Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional da República da Guiné-Bissau. Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015. Bissau, 2011.
72. Escritório Regional Africano da OMS. Estratégia de Cooperação da OMS com os Países: Guiné-Bissau 2009-2013. WHO Africa, 2008.
73. Dussault G, Fronteira I. Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). WHO, 2010.
74. Fund for Peace. FSI Methodology | Fragile States Index, <http://fundforpeace.org/fsi/2017/05/13/fragile-states-index-and-cast-framework-methodology/fsi-methodology/> (2017, accessed 9 May 2018).
75. OCDE. Relatório 2011 sobre a intervenção internacional em Estados frágeis: República da Guiné-Bissau. OECD Publishing, 2011.
76. Barros M, Viegas C, Sambú M, et al. A Sociedade Civil e o Estado na Guiné-Bissau: dinâmicas, desafios e perspetivas. U.E.-PAANE, 2014.
77. Barros M. A Sociedade Civil face ao processo de democratização e desenvolvimento na Guiné- -Bissau. Afr Stud Cent Estud Afr Universidade Porto 2012; 37–48.
78. Cardoso C. O Poder da palavra na configuração do espaço da cidadania ativa na Guiné-Bissau. Coimbra, 2014.
79. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022 - PNDS III. July 2017.
80. Guerreiro CS, Silva AP, Cá T, et al. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. An Inst Hig Med Trop (Lisb) 2017; 16: 55–68.
81. The World Bank. Guiné-Bissau Aspectos gerais. The World Bank, <http://www.worldbank.org/pt/country/guineabissau/overview> (2018, accessed 25 June 2018).
82. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017. 2007.

83. Ministério da Economia e Finanças, Direção Geral do Plano, Instituto nacional de Estatística (INE). Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS) 2014, Principais Resultados. Bissau, 2015.
84. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I. 1997.
85. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde da Guiné-Bissau 2008-2017. 2007.
86. WHO. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability, http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/1085_IER_131011_web.pdf?ua=1 (2011, accessed 8 August 2018).
87. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan* 1994; 9: 353–370.
88. Walt G, Shiffman J, Schneider H, et al. ‘Doing’ health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan* 2008; 23: 308–317.
89. Ferrinho P. Subsídios para a revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020. 2015.
90. Isabella Samico, Eronildo Felisberto, Ana Claudia Figueiró, et al. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Medbook, Editora Científica. Rio de Janeiro, 2010.

Material e métodos

1. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods: Design and Methods*. SAGE Publications, 2013.
2. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Editora Fiocruz, 2011.
3. Isabella Samico, Eronildo Felisberto, Ana Claudia Figueiró, et al. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Medbook, Editora Científica. Rio de Janeiro, 2010.
4. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis JL, et al. *Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. 1997.

5. Chatora R, Tumusiime P. Planning and implementation of district health services. In: *District Health Management Team Training Modules*. Brazzaville: WHO Africa, 2004.
6. State of Queensland. *Guide to health service planning (version 3)*. Program Evaluation Standards Statements, State of Queensland (Queensland Health), June 2015.
7. Marconi M, Lakatos E. *Fundamentos de metodologia científica*. 2ªEd. São Paulo: Editora Atlas, 2007.
8. Hartz ZM de A. Principles and standards in metaevaluation: guidelines for health programs. *Ciênc Amp Saúde Coletiva* 2006; 11: 733–738.
9. Elliot LG. Metaevaluation: from approaches to possibilities of application. *Ens Aval E Políticas Públicas Em Educ* 2011; 19: 941–964.
10. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. Program Evaluation Standards Statements. *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*, <http://www.jcsee.org/program-evaluation-standards-statements> (accessed 15 November 2017).
11. Hartz Z, Felisberto E. *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
12. Pavignani E, Michael M, Murru M, et al. Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country case studies. *Int Rev Red Cross* 2013; 95: 41–60.
13. Mancini MC, Sampaio RF. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. *Braz J Phys Ther*; 10. Epub ahead of print December 2006. DOI: 10.1590/S1413-35552006000400001.
14. Cordeiro AM, Oliveira GM de, Rentería JM, et al. Systematic review: a narrative review. *Rev Colégio Bras Cir* 2007; 34: 428–431.
15. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Inf Libr J* 2009; 26: 91–108.
16. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5ª. Lisboa: Edições 70, Lda., 2008.
17. Bowen GA. Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qual Res J* 2009; 9: 27–40.
18. Flick U. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor, 2005.
19. McKeown J, Clarke A, Repper J. Life story work in health and social care: systematic literature review. *J Adv Nurs* 2006; 55: 237–247.
20. Wurie HR, Samai M, Witter S. Retention of health workers in rural Sierra Leone: findings from life histories. *Hum Resour Health*; 14. Epub ahead of print December 2016. DOI: 10.1186/s12960-016-0099-6.

21. Trad LAB. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2009; 19: 777–796.
22. Hartz ZM de A. Meta-evaluation of health management: challenges for ‘new public health’. *Ciênc Amp Saúde Coletiva* 2012; 17: 832–834.
23. Hartz Z, Goldberg C, Figueiro AC, et al. Multi-strategy in the Evaluation of Health Promotion Community Interventions: An Indicator of Quality. In: Potvin L, McQueen DV, Hall M, et al. (eds) *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. Springer New York, 2008, pp. 253–267.

Resultados

Estudo I

1. Guerreiro CS, Silva AP, Cá T, et al. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2017; 16: 55–68.
2. Bowen GA. Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qual Res J* 2009; 9: 27–40.
3. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017*. 2007.
4. Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. *Strategy Safari: The Complete Guide Through the Wilds of Strategic Management*. FT Prentice Hall, 2009.
5. Oliveira D. *Planeamento Estratégico - Conceitos, Metodologia, Práticas*. 33^a. São paulo, Brasil: Atlas, 2015.
6. WHO (ed). *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva: World Health Organization, 1981.
7. WHO. *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. Copenhagen, 1998.
8. Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional da República da Guiné-Bissau. Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza -DENARP.
9. Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional da República da Guiné-Bissau. *Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015*. Bissau, 2011.
10. República da Guiné-Bissau. Strategic and Operational Plan for 2015-2020 “Terra Ranka”.

11. Reich MR. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy Amst Neth* 1995; 32: 47–77.
12. Lopes da Cruz JM. O Programa de Ajustamento Estrutural na República da Guiné-Bissau: uma avaliação política e ética, <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/1338> (2007, accessed 10 September 2018).
13. Monteiro AI, Pesquisa (Guinea-Bissau) IN de E e. *O programa de ajustamento estrutural na Guiné-Bissau: análise dos efeitos sócio-económicos*. Bissau: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa, 1996.
14. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1998-2002*. 1997.
15. Silva AP. *Planeamento estratégico na Guiné-Bissau*. AGO, 1999.
16. Fronteira I, Ferrinho F, Dussault G, et al. *Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau*. Relatório de Avaliação Final, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, 2007.
17. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné Bissau. Plan Operational de Passage a l'Echelle Nationale (POPEN) des interventions a haut impact (IHI) - Strategies pour l'acceleration de la reduction des mortalites maternelles, neonatales et infanto-juvenile en Guiné-Bissau.
18. Ferrinho P. *Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020 - apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um roteiro para a sua revisão*. Bissau, 2015.
19. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde da Guiné-Bissau 2008-2017*. 2007.
20. Mintzberg H, Bruce Ahlstrand, Joseph Lampel. *Strategy safari: A guided tour through the wilds of strategic management*. 1ª. New York: Free Preess, 1998.
21. Quaye I, Osei A, Sarbah A, et al. The Applicability of the Learning School Model of Strategy Formulation (Strategy Formulation as an Emergent Process). *Open J Bus Manag* 2015; 03: 135.
22. Mintzberg H. The Fall and Rise of Strategic Planning. *Harv Bus Rev* 1994; 107–114.

Estudo II

1. Dussault G, Fronteira I. *Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)*. WHO, 2010.
2. Guerreiro CS, Silva AP, Cá T, et al. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2017; 16: 55–68.
3. The World Bank. Guiné-Bissau Aspectos gerais. *The World Bank*, <http://www.worldbank.org/pt/country/guineabissau/overview> (2018, accessed 25 June 2018).
4. Sangreman C. A política económica e social na Guiné-Bissau – 1974-2016, Working Paper 146.
5. Alves SSBCS. *Programas de ajustamento estrutural na óptica do papel do estado na África a Sul do Saara*. masterThesis, Instituto Superior de Economia e Gestão, <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/637> (2002, accessed 11 September 2018).
6. Lopes da Cruz JM. O Programa de Ajustamento Estrutural na República da Guiné-Bissau: uma avaliação política e ética, <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/1338> (2007, accessed 10 September 2018).
7. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022 - PNDS III*. July 2017.
8. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017*. 2007.
9. WHO. Abuja Declarations and Frameworks for Action on Roll Back Malaria.
10. Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional da República da Guiné-Bissau. *Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015*. Bissau, 2011.
11. República da Guiné-Bissau. Strategic and Operational Plan for 2015-2020 “Terra Ranka”.
12. Proença CS. Guinea-Bissau (2014 - 2016). An empirical study of economic and social human rights in a fragile state. *Adv Soc Sci Res J*; 5, <http://scholarpublishing.org/index.php/ASSRJ/article/view/4169> (2018, accessed 9 May 2018).
13. Cardoso P, Dubbeldam R. *Relatório Nacional para Institucionalização da Monitoria da Cooperação Eficaz para o Desenvolvimento*. Guiné-Bissau, February 2018.

14. Marconi M, Lakatos E. *Fundamentos de metodologia científica*. 2ªEd. São Paulo: Editora Atlas, 2007.
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5ª. Lisboa: Edições 70, Lda., 2008.
16. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1998-2002*. 1997.
17. Fronteira I, Ferrinho F, Dussault G, et al. *Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau*. Relatório de Avaliação Final, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, 2007.
18. Ferrinho P. *Subsídios para a revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020*. 2015.
19. Flick U. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor, 2005.
20. Chatora R, Tumusiime P. Planning and implementation of district health services. In: *District Health Management Team Training Modules*. Brazzaville: WHO Africa, 2004.
21. State of Queensland. *Guide to health service planning (version 3)*. Program Evaluation Standards Statements, State of Queensland (Queensland Health), June 2015.
22. Ferrinho P. *Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020 - apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um roteiro para a sua revisão*. Bissau, 2015.
23. Silva AE. da. *As Organizações Não-Governamentais na Guiné-Bissau: Diagnóstico do Processo de Avaliação dos Projetos*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
24. Ridde V. L'initiative de Bamako 15 ans après - Un agenda inachevé.
25. Forrest JB. *Lineages of State Fragility: Rural Civil Society in Guinea-Bissau*. United States of America: Ohio University Press, 2003.
26. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné Bissau. *Plan Operational de Passage a l'Echelle Nationale (POPEN) des interventions a haut impact (IHI) - Strategies pour l'acceleration de la reduction des mortalites maternelles, neonatales et infanto-juvenile en Guiné-Bissau*.
27. WHO (ed). *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva: World Health Organization, 1981.
28. Ferrinho P, Guerreiro CS, Portugal R. Estudo comparativo de estratégias/PNS de países europeus membros da OCDE. *An IHMT* 2015; 14: 71–84.

29. Delanyo D, Karamagi HC, Ousman K, et al. Recent developments and the future of health planning in African countries. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2017; 16: 51–53.
30. WHO. *Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving Better Health in Africa in the New Millennium*. Brazzaville, 2008.
31. Crisp N. Health planning - a global perspective. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2017; 16: 9–15.
32. Bertone MP, Falisse J-B, Russo G, et al. Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance based financing in fragile and conflict-affected health systems. *PloS One* 2018; 13: e0195301.
33. WHO. Strategizing in distressed health contexts. *World Health Organization*, <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook-ch13/en/> (2018, accessed 6 April 2018).

Estudo III

1. Guerreiro CS, Ferrinho P, Hartz Z. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. *Saúde Em Debate* 2018; 42: 549–565.
2. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1998-2002*. 1997.
3. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017*. 2007.
4. Fronteira I, Ferrinho F, Dussault G, et al. *Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau*. Relatório de Avaliação Final, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, 2007.
5. Ferrinho P. *Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020 - apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um roteiro para a sua revisão*. Bissau, 2015.
6. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5ª. Lisboa: Edições 70, Lda., 2008.
7. Flick U. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor, 2005.
8. Marconi M, Lakatos E. *Fundamentos de metodologia científica*. 2ªEd. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

9. Isabella Samico, Eronildo Felisberto, Ana Claudia Figueiró, et al. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Medbook, Editora Científica. Rio de Janeiro, 2010.
10. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. Program Evaluation Standards Statements. *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*, <http://www.jcsee.org/program-evaluation-standards-statements> (accessed 15 November 2017).
11. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Editora Fiocruz, 2011.
12. Hartz Z, Felisberto E. *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
13. Hartz ZM de A. Meta-evaluation of health management: challenges for ‘new public health’. *Ciênc Amp Saúde Coletiva* 2012; 17: 832–834.
14. Hartz Z, Goldberg C, Figueiro AC, et al. Multi-strategy in the Evaluation of Health Promotion Community Interventions: An Indicator of Quality. In: Potvin L, McQueen DV, Hall M, et al. (eds) *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. Springer New York, 2008, pp. 253–267.
15. Hartz ZM de A. Principles and standards in metaevaluation: guidelines for health programs. *Ciênc Amp Saúde Coletiva* 2006; 11: 733–738.
16. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciênc Amp Saúde Coletiva* 2012; 17: 695–705.
17. Elliot LG. Metaevaluation: from approaches to possibilities of application. *Ens Aval E Políticas Públicas Em Educ* 2011; 19: 941–964.
18. Craveiro I, Hartz Z. A equidade na investigação avaliativa com foco na cooperação em Saúde para o desenvolvimento: Equity in evaluative research focusing on health cooperation and development. 2017, pp. 31–38.
19. Carden F, Alkin MC. Evaluation Roots: An International Perspective. *J Multidiscip Eval* 2012; 8: 102–118.
20. Fanie Cloete, Babette Rabie, Christo de Coning. *Evaluation Management in South Africa and Africa*. SUN MeDIA Stellenbosch, 2014.
21. Cloete F. Developing an Africa-rooted programme evaluation approach, <http://repository.up.ac.za/handle/2263/59022> (2017, accessed 6 December 2017).
22. Chilisa B, Major TE, Gaotlhobogwe M, et al. Decolonizing and Indigenizing Evaluation Practice in Africa: Toward African Relational Evaluation Approaches. *Can J Program Eval*; 30.

Estudo IV

1. Russo G, Pavignani E, Guerreiro CS, et al. Can we halt health workforce deterioration in failed states? Insights from Guinea-Bissau on the nature, persistence and evolution of its HRH crisis. *Hum Resour Health* 2017; 15: 12.
2. Dussault G, Dubois C-A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health* 2003; 1: 1.
3. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet* 2004; 364: 1984–1990.
4. Pavignani E. *Beyond the aid horizon: charting poorly understood health territories*. University of Queensland and DANIDA, 2014.
5. Pavignani E, Colombo S. *Analysing disrupted health sectors. A modular manual*. Geneva: WHO - Department of recovery and Transition Programmes, 2009.
6. Fujita N, Zwi AB, Nagai M, et al. A Comprehensive Framework for Human Resources for Health System Development in Fragile and Post-Conflict States. *PLOS Med* 2011; 8: e1001146.
7. WHO. Guide to health workforce development in post-conflict environments, <http://www.who.int/hac/techguidance/tools/guide%20to%20health%20workforce%20development.pdf> (2005, accessed 21 April 2016).
8. Roome E, Raven J, Martineau T. Human resource management in post-conflict health systems: review of research and knowledge gaps. *Confl Health* 2014; 8: 18.
9. Hill PS, Pavignani E, Michael M, et al. The ‘empty void’ is a crowded space: health service provision at the margins of fragile and conflict affected states. *Confl Health* 2014; 8: 20.
10. Witter S, Wurie H, Bertone MP. The free health care initiative: how has it affected health workers in Sierra Leone? *Health Policy Plan* 2015; czv006.
11. Bertone MP, Samai M, Edem-Hotah J, et al. A window of opportunity for reform in post-conflict settings? The case of Human Resources for Health policies in Sierra Leone, 2002–2012. *Confl Health* 2014; 8: 11.
12. Bertone MP, Witter S. An exploration of the political economy dynamics shaping health worker incentives in three districts in Sierra Leone. *Soc Sci Med* 2015; 141: 56–63.
13. Witter S, Falisse J-B, Bertone MP, et al. State-building and human resources for health in fragile and conflict-affected states: exploring the linkages. *Hum Resour Health*; 13. Epub ahead of print 15 May 2015. DOI: 10.1186/s12960-015-0023-5.

14. Bertone MP, Lagarde M. Sources, determinants and utilization of health workers' revenues: evidence from Sierra Leone. *Health Policy Plan* 2016; czw031.
15. Bertone MP, Lurton G, Mutombo PB. Investigating the remuneration of health workers in the DR Congo: implications for the health workforce and the health system in a fragile setting. *Health Policy Plan* 2016; czv131.
16. Kok MO, Rodrigues A, Silva AP, et al. The emergence and current performance of a health research system: lessons from Guinea Bissau. *Health Res Policy Syst BioMed Cent* 2012; 10: 5.
17. Masquelier A. Behind the Dispensary's Prosperous Façade: Imagining the State in Rural Niger. *Public Cult* 2001; 13: 267–292.
18. Fistein D. Guinea-Bissau: How a Successful Social Revolution Can Become an Obstacle to Subsequent State-Building. *Int J Afr Hist Stud* 2011; 44: 443–455.
19. Anderson L. Antiquated before they can ossify: states that fail before they form. *J Int Aff*; 58,
<http://www.columbia.edu/itc/journalism/stille/Politics%20Fall%202007/Readings%20--%20Weeks%201-5/LEH57JE3248.pdf> (2004, accessed 17 May 2016).
20. Barros M de, Gomes PG, Correia D. Les conséquences du narcotrafic sur un État fragile : le cas de la Guinée-Bissau. *Altern Sud* 2013; 20: 145.
21. Abdenur AE, Neto DMDS. Rising Powers and The Security–Development Nexus: Brazil's Engagement with Guinea-Bissau. *J Peacebuilding Dev* 2014; 9: 1–16.
22. IMF. *Guinea-Bissau IMF country report*. Washington, DC: International Monetary Fund, <https://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2015/cr15195.pdf> (2015, accessed 27 April 2016).
23. MINEF. Lei do Orçamento Geral do Estado 2015, <http://www.mef-gb.com/doc/OGE/OGE2015.pdf> (2015, accessed 27 April 2016).
24. BAfD, OCDE, PNUD. *Guinée-Bissau - country note*. Dakar: Banque Africain de Development,
http://www.africaneconomicoutlook.org/fileadmin/uploads/aeo/2015/CN_data/Cn_Long_FR/Guinee-Bissau_2015.pdf (2015, accessed 27 April 2016).
25. UNDP. *Human Development Report*. ISBN 978-92-1-126340-4, New York: United Nations Development Program, 2013.
26. Ministério da Economia e Finanças, Direção Geral do Plano, Instituto nacional de Estatística (INE). *Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS) 2014, Principais Resultados*. Bissau, 2015.
27. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I*. 1997.

28. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017*. 2007.
29. Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional da República da Guiné-Bissau. *Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015*. Bissau, 2011.
30. Ferrinho P. *Subsídios para a revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020*. Consultancy Report, Lisbon, 2015.
31. Pavignani E, Michael M, Murru M, et al. Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country case studies. *Int Rev Red Cross* 2013; 95: 41–60.
32. Bloom G, Standing H, Lucas H, et al. Making health markets work better for poor people: the case of informal providers. *Health Policy Plan* 2011; 26 Suppl 1: i45-52.
33. Russo G, McPake B, Fronteira I, et al. Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. *Health Policy Plan* 2014; 29: 774–783.
34. Beesley M, Cometto G, Pavignani E. From drought to deluge: how information overload saturated absorption capacity in a disrupted health sector. *Health Policy Plan* 2011; 26: 445–452.
35. Pavignani E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. *Disasters* 2011; 35: 661–679.
36. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua* 2007; 19: 349–357.
37. Harrell MC, Bradley MA. Data Collection Methods, http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR718.html (2009, accessed 29 March 2016).
38. Wurie HR, Samai M, Witter S. Retention of health workers in rural Sierra Leone: findings from life histories. *Hum Resour Health* 2016; 14: 3.
39. McKeown J, Clarke A, Repper J. Life story work in health and social care: systematic literature review. *J Adv Nurs* 2006; 55: 237–247.
40. Coovadia H, Jewkes R, Barron P, et al. The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges. *The Lancet* 2009; 374: 817–834.
41. Chabot J, Waddington C. Primary Health Care is Not Cheap: A Case Study from Guinea Bissau. *Int J Health Serv* 1987; 17: 387–409.

42. The World Bank. *Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa*. The World Bank, <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/0-8213-3240-6> (1995, accessed 17 February 2016).
43. MINSA. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025.
44. The World Bank. Guinea Bissau Country Overview, <http://www.worldbank.org/en/country/guineabissau/overview> (2015, accessed 17 February 2016).
45. DNRH. Base de dados dos trabalhadores da função pública da saúde.
46. Meessen B, Bigdeli M, Chheng K, et al. Composition of pluralistic health systems: how much can we learn from household surveys? An exploration in Cambodia. *Health Policy Plan* 2011; 26 Suppl 1: i30-44.
47. Sen K, Mehio-Sibai A. Transnational capital and confessional politics: the paradox of the health care system in Lebanon. *Int J Health Serv Plan Adm Eval* 2004; 34: 527–551.
48. Buckley J, O'Neill E, et al. Assessment of the private health sector in Somaliland, Puntland and South Central, <http://r4d.dfid.gov.uk/Output/202331/Default.aspx> (2015, accessed 4 July 2016).
49. Indjai B, Catarino L, Mourão D. *Mezinhos de Orango - Plantas medicinais e pessoas da ilha da Rainha Pampa*. Bissau: Instituto da Biodiversidade e das Áreas Protegidas, 2010.
50. MINSAP. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1997-2001. Tomo 1, http://www.guine-bissau.fi/saude/5.2.html#_ftn30 (1996, accessed 22 February 2016).
51. MINSAP. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 - PNDS II.
52. Schaaf M, Freedman LP. Unmasking the open secret of posting and transfer practices in the health sector. *Health Policy Plan* 2015; 30: 121–130.
53. ENS. Número de formados da ENS na Direcção de Dr. Maram Mané.
54. Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A, et al. Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea. *Int J Health Plann Manage* 1997; 12: S29–S47.
55. McPake B, Hanson K, Mills A. Community financing of health care in Africa: An evaluation of the Bamako initiative. *Soc Sci Med* 1993; 36: 1383–1395.
56. Tyrrell AK, Russo G, Dussault G, et al. Costing the scaling-up of human resources for health: lessons from Mozambique and Guinea Bissau. *Hum Resour Health* 2010; 8: 14.

57. Beesley M. *The bottom of the sack: health service provision in the Central African Republic*. Case Study Report, DANIDA, 2013.
58. Pavignani E. Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country case studies - ICRC. *International Review of the Red Cross*, <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/article/review-2013/irrc-889-pavignani-michael-murru-beesley-hill.htm> (00:00:00.0, accessed 22 April 2016).
59. Segall M. Health sector planning led by management of recurrent expenditure: an agenda for action-research. *Int J Health Plann Manage* 1991; 6: 37–75.

Estudo V

1. Flick U. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor, 2005.
2. Marconi M, Lakatos E. *Fundamentos de metodologia científica*. 2ªEd. São Paulo: Editora Atlas, 2007.
3. Trad LAB. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2009; 19: 777–796.
4. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paid Ribeirão Preto* 2002; 12: 149–161.
5. Bowen GA. Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qual Res J* 2009; 9: 27–40.
6. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5ª. Lisboa: Edições 70, Lda., 2008.
7. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde da Guiné-Bissau 2008-2017*. 2007.
8. Silva AP, Cardoso P, Neves C, et al. *Função “recursos humanos” no Sector da Saúde da Guiné-Bissau. Ponto de Situação e Recomendações de Acções e Objectivos a integrar num segundo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2012*. 2008.
9. Ferrinho P. *Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020 - apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um roteiro para a sua revisão*. Bissau, 2015.
10. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022 - PNDS III*. July 2017.

11. *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. World Bank, June 2016.
12. Durham J, Pavignani E, Beesley M, et al. Human resources for health in six healthcare arenas under stress: a qualitative study. *Hum Resour Health* 2015; 13: 14.
13. Pavignani E, Colombo S. *Analysing disrupted health sectors: a modular manual*. WHO. 2009.
14. Pavignani E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. *Disasters* 2011; 35: 661–679.
15. Russo G, Pavignani E, Guerreiro CS, et al. Can we halt health workforce deterioration in failed states? Insights from Guinea-Bissau on the nature, persistence and evolution of its HRH crisis. *Hum Resour Health* 2017; 15: 12.
16. OMS, Escritório Regional para a África. *Quadro da Região Africana para a Implementação da Estratégia Mundial dos Recursos Humanos da Saúde (Força de Trabalho 2030)*. Relatório Do Secretariado Da Sexagésima Sétima Sessão, September 2017.
17. OMS, Escritório Regional para a África. *Roteiro para reforçar os Recursos Humanos para a Saúde com vista a melhorar a prestação de Serviços de Saúde na Região Africana 2012-2025*. 2012.

Discussão geral e conclusões

1. Guerreiro CS, Silva AP, Cá T, et al. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2017; 16: 55–68.
2. Silva AP. *Planeamento estratégico na Guiné-Bissau*. AGO, 1999.
3. Reich MR. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy Amst Neth* 1995; 32: 47–77.
4. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1998-2002*. 1997.
5. Oliveira JAP de. Desafios do planeamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. *Rev Adm Pública* 2006; 40: 273–287.
6. Chatora R, Tumusiime P. Planning and implementation of district health services. In: *District Health Management Team Training Modules*. Brazzaville: WHO Africa, 2004.

7. State of Queensland. *Guide to health service planning (version 3)*. Program Evaluation Standards Statements, State of Queensland (Queensland Health), June 2015.
8. Crisp N. Health planning - a global perspective. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2017; 16: 9–15.
9. Craveiro I, Hartz Z. A equidade na investigação avaliativa com foco na cooperação em Saúde para o desenvolvimento: Equity in evaluative research focusing on health cooperation and development. 2017, pp. 31–38.
10. Carden F, Alkin MC. Evaluation Roots: An International Perspective. *J Multidiscip Eval* 2012; 8: 102–118.
11. Delanyo D, Karamagi HC, Ousman K, et al. Recent developments and the future of health planning in African countries. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2017; 16: 51–53.
12. WHO. *Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving Better Health in Africa in the New Millennium*. Brazzaville, 2008.
13. Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017*. 2007.
14. Ferrinho P. *Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020 - apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um roteiro para a sua revisão*. Bissau, 2015.
15. Bertone MP, Falisse J-B, Russo G, et al. Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance based financing in fragile and conflict-affected health systems. *PloS One* 2018; 13: e0195301.
16. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciênc Amp Saúde Coletiva* 2012; 17: 695–705.
17. Elliot LG. Metaevaluation: from approaches to possibilities of application. *Ens Aval E Políticas Públicas Em Educ* 2011; 19: 941–964.
18. Fanie Cloete, Babette Rabie, Christo de Coning. *Evaluation Management in South Africa and Africa*. SUN MeDIA Stellenbosch, 2014.
19. Chianca TK, Ceccon C. Pedagogy in Process Applied to Evaluation: Learning from Paulo Freire's Work in Guinea-Bissau. *New Dir Eval* 2017; 2017: 79–97.
20. Cloete F. Developing an Africa-rooted programme evaluation approach, <http://repository.up.ac.za/handle/2263/59022> (2017, accessed 6 December 2017).
21. Chilisa B, Major TE, Gaotlhobogwe M, et al. Decolonizing and Indigenizing Evaluation Practice in Africa: Toward African Relational Evaluation Approaches. *Can J Program Eval*; 30.

22. Durham J, Pavignani E, Beesley M, et al. Human resources for health in six healthcare arenas under stress: a qualitative study. *Hum Resour Health* 2015; 13: 14.
23. Pavignani E, Colombo S. *Analysing disrupted health sectors: a modular manual*. WHO. 2009.
24. Pavignani E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. *Disasters* 2011; 35: 661–679.
25. Russo G, Pavignani E, Guerreiro CS, et al. Can we halt health workforce deterioration in failed states? Insights from Guinea-Bissau on the nature, persistence and evolution of its HRH crisis. *Hum Resour Health* 2017; 15: 12.
26. Pavignani E, Michael M, Murru M, et al. Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country case studies. *Int Rev Red Cross* 2013; 95: 41–60.
27. Meessen B, Bigdeli M, Chheng K, et al. Composition of pluralistic health systems: how much can we learn from household surveys? An exploration in Cambodia. *Health Policy Plan* 2011; 26 Suppl 1: i30-44.
28. Sen K, Mehio-Sibai A. Transnational capital and confessional politics: the paradox of the health care system in Lebanon. *Int J Health Serv Plan Adm Eval* 2004; 34: 527–551.
29. Buckley J, O'Neill L, Aden AM. *Assessment of the Private Health Sector in Somaliland, Puntland and South Central - Final report*. UK: HEART (Health & Education Advice & Resource Team), 2015.
30. Russo G, McPake B, Fronteira I, et al. Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. *Health Policy Plan* 2014; 29: 774–783.
31. Rodrigues V, Alves P, Campos R, et al. *Economia Informal em Portugal*. CEGEA - Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada da Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa, http://www.cotecportugal.pt/images/stories/iniciativas/Economia_Informal/estudo_economia_informal.pdf (2008, accessed 10 September 2018).
32. Karadaghi G, Willott C. Doctors as the governing body of the Kurdish health system: exploring upward and downward accountability among physicians and its influence on the adoption of coping behaviours. *Hum Resour Health*; 13. Epub ahead of print 4 June 2015. DOI: 10.1186/s12960-015-0039-x.
33. Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A, et al. Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea. *Int J Health Plann Manage* 1997; 12: S29–S47.
34. McPake B, Hanson K, Mills A. Community financing of health care in Africa: An evaluation of the Bamako initiative. *Soc Sci Med* 1993; 36: 1383–1395.

35. OMS, Escritório Regional para a África. *Quadro da Região Africana para a Implementação da Estratégia Mundial dos Recursos Humanos da Saúde (Força de Trabalho 2030)*. Relatório Do Secretariado Da Sexagésima Sétima Sessão, September 2017.
36. Tyrrell AK, Russo G, Dussault G, et al. Costing the scaling-up of human resources for health: lessons from Mozambique and Guinea Bissau. *Hum Resour Health* 2010; 8: 14.
37. WHO. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *WHO*, <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927/en/#.W2h7tjJo4-Q.email> (accessed 8 August 2018).
38. Sani Q, Oliveira MR. Educação superior e desenvolvimento na Guiné-Bissau: contribuições, limites e desafios. *Rev Pedagógica* 2015; 16: 127–152.
39. Rose P, Greeley M. *Education in Fragile States: Capturing Lessons and Identifying Good Practice*. Centre for International Education, Prepared for the DAC Fragile States Group Service Delivery Workstream Sub-Team for Education Services, <http://www.eldis.org/document/A15668> (2006, accessed 4 August 2018).
40. Sucuma A. A conjuntura do Estado e Ensino Superior na Guiné-Bissau. *Estudos de Sociologia*, 2017.
41. Hodgson GM. What Are Institutions? *J Econ Issues* 2006; 40: 1–25.
42. UN. Building Effective, Accountable and Inclusive Institutions and Public Administration for Advancing the 2030 Agenda for Sustainable Development | Capacity Development, <https://www.un.org/development/desa/capacity-development/2017/12/14/building-effective-accountable-and-inclusive-institutions-and-public-administration-for-advancing-the-2030-agenda-for-sustainable-development/> (accessed 8 August 2018).
43. Sustainable Goals. Building effective institutions. *Sustainable Goals*, <https://www.sustainablegoals.org.uk/building-effective-institutions/> (2016, accessed 8 August 2018).
44. OECD. The OECD Post-2015 Reflection series, <http://www.oecd.org/dac/post-2015.htm> (accessed 8 August 2018).
45. ONU. Transformando o nosso Mundo: a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030, http://cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs/Agenda_Sustainable_Development.pdf (2015).
46. Mahajan V. *O despertar da África*. Coimbra: Actual Editora, 2013.
47. European Commission. Resilience building and Humanitarian. *International Cooperation and Development*, <https://ec.europa.eu/europeaid/policies/fragility-and->

- crisis-management/resilience-building-humanitarian-development-nexus_en (2013, accessed 4 August 2018).
48. Campos RC, Faria M, Silva TM, et al. Liderança Informal e seu Impacto Gerencial e Estrutural / Informal Leadership and its Impact Management and Structural. *Rev FSA Cent Univ St Agostinho* 2017; 15: 259–281.
 49. Barrios RE. ‘Here, I’m not at ease’: anthropological perspectives on community resilience. *Disasters* 2014; 38: 329–350.
 50. Harraka M. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community, by Robert D. Putnam. *J Cathol Educ* 2002; 6: 266–268.
 51. Bartley M, Schoom I, Mitchell R, et al. Resilience as an Asset for Health Development. In: *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. UK, 2010.
 52. Forrest JB. *Lineages of State Fragility: Rural Civil Society in Guinea-Bissau*. United States of America: Ohio University Press, 2003.
 53. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (eds). *Social Capital and Health*. New York, NY: Springer New York, <http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-71311-3> (2008, accessed 14 March 2016).
 54. Arco A. Capital social e saúde: um espaço de interação estrutural, <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4079> (2012).
 55. PNUD. *Relatório de Desenvolvimento Humano 2014. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência*. USA, 2014.
 56. Eriksson M. Social capital and health – implications for health promotion. *Glob Health Action*; 4. Epub ahead of print 8 February 2011. DOI: 10.3402/gha.v4i0.5611.

ANEXOS

Anexo I - Guião de entrevistas semiestruturadas centradas no problema aplicadas a atores chave em matéria de PES e RHS na RGB, a avaliadores e redatores do PNDS

Anexo II - Guião de entrevistas semiestruturadas centradas no problema aplicadas a prestadores de cuidados de saúde e colaboradores de ONG

Anexo III - Guião de entrevistas semiestruturadas em profundidade

Anexo IV - Documento de Consentimento Informado

Anexo V - Guião de grupo focal

Anexo VI - Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos – Artigo publicado nos Anais do IHMT

Anexo VII - Avaliação em Saúde na República da Guiné-Bissau – uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário - Artigo publicado na Revista Saúde em Debate

Anexo VIII - Can the deterioration of health workforces in post-conflict states be halted? Insights from Guinea Bissau on the nature and evolution of its persistent crisis - Artigo publicado na Revista Human Resources for Health

ANEXO IX - Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau – Evolução das estruturas e processos num Estado Frágil - Artigo publicado na Revista Acta Médica Portuguesa

ANEXO I - Guião de entrevistas semiestruturadas centradas no problema aplicadas a atores chave em matéria de PES e RHS na RGB, a avaliadores e redatores do PNDS

Nota Prévia

Dos guiões de entrevista que se seguem consta um conjunto amplo de perguntas. Para cada um dos entrevistados deverão ser selecionadas as questões que a ele se adequam, de acordo com as suas funções e papel desempenhado no tema em estudo.

Para Unidade de Análise 1 - Planeamento Estratégico em Saúde

Alvos: Redatores do PNDS; Avaliadores do PNDS; Atores chave em matéria de PES

A. Identificação do entrevistado

(a aplicar a todos os entrevistados)

- Breve descrição do percurso profissional.
- Exerce ou exerceu algum cargo de gestão de RHS no MINSAP? Especifique.
- Esteve implicado em alguma/s etapa/s do processo de PES na RGB?

Enquadramento geral

1. A GB tem vindo desde 1990 a desenvolver um processo de planificação em saúde, tendo existido o PNDS I, depois o II, ambos avaliados, ambos afetados pelo contexto político, ambos sofrendo alterações constantes causados pela instabilidade da situação de governação.
2. Qual o seu envolvimento em todo este processo?

B. PNDS I

(a aplicar aos entrevistados que tenham participado na elaboração do PNDS I)

3. Fale-me do PNDS I, enquanto primeiro documento de planificação em saúde na GB.
4. Consegue, de forma breve, recordar o seu processo de elaboração?

Avaliação do PNDS I

(a aplicar aos entrevistados que tenham sido avaliadores da implementação do PNDS I)

5. Como conduziu a avaliação? (análise processual)
6. Há indicadores e metas que não foram previstos no PNDS I mas estão assumidos, indicando terem sido acrescentados após missão de avaliação intercalar realizada em 2006. Existe relatório desta missão? Qual/quais o/os critério/critérios para a inclusão destes indicadores e metas?
7. Na sua ótica, o PNDS I chegou ao não às regiões e aos profissionais de saúde que lá trabalham? Ou ficou pelas instâncias governativas e de gestão?

Visão

8. O relatório é muito realista, muito focado na leitura dos resultados no contexto em que eles ocorrem. Depois de elaborado e entregue, tem noção da utilidade real deste documento?
9. O que mudou do PNDS I para o II?
10. Como caracteriza a adequação deste processo à realidade vivida pela RGB, um dos Estados mais frágeis do mundo?
11. Enquanto avaliador, investigador, profissional de saúde, como vê ser possível num EF como a RGB elaborar e implementar com sucesso um plano nacional de saúde que garanta uma aposta na melhoria da qualidade da saúde da população e num *improvement* na política setorial?

C. PNDS II

(a aplicar aos entrevistados que tenham participado na elaboração do PNDS II)

12. Como caracteriza o PNDS II enquanto documento de planeamento em saúde?
13. Consegue, de forma breve, recordar o seu processo de elaboração do PNDS II?
14. No PNDS II, na análise contextual, não há praticamente referências de literatura. Porquê? Que fontes foram utilizadas?
15. A avaliação do PNDS I foi tida em conta? Como?
16. E a análise de contexto, parte I do PNDS, foi tida em conta ao definir metas, indicadores, estratégias, os próprios eixos? (análise de adequação à realidade)
17. Como foi o processo de definição dos indicadores de avaliação e seguimento, bem como da definição das estratégias?
18. Como foi elaborado o orçamento?
19. O que mudou do PNDS I para o II? (para entrevistados que tenham participado em ambos os processos de planeamento)

Avaliação do PNDS II

(a aplicar aos entrevistados que tenham sido avaliadores da implementação do PNDS II)

20. Como conduziu a avaliação do PNDS II? (análise processual)
21. O PNDS II apresenta cenários possíveis para a sua implementação. Teve em conta estes cenários quando fez a avaliação?
22. Na pág. 38 do relatório afirma-se: A percepção dos entrevistados é que os eixos em que houve mais progressos foram... mas na realidade não foram esses! (1, 3, 4) Que valor tem esta percepção?
23. Como foi o processo de evolução do investimento em matéria de RHS? E em matéria de colaboração intersectorial e parcerias? E em relação à relação com doadores?
24. Refere que não há RHS em quantidade e qualidade suficientes (pág. 74). Será mesmo assim? Haverá um problema de quantidade?
25. Que caminho levou o documento de subsídios avaliativos do PNDS II? Concretamente o que foi feito com as sugestões, tão claramente documentadas, que apresenta?

Visão

26. Faz inúmeras recomendações, inclusive sintetizando-as em 9 prioritárias. Evidentemente baseia-se no que viu, ouvi, leu e certamente no conhecimento que tem do país. Mas não serão só as suas recomendações?
27. Quem é o avaliador neste processo? Como garante a sua neutralidade? Ou assume que esta não existe?
28. Enquanto avaliador, investigador, político, profissional de saúde, como vê ser possível num EF como a RGB elaborar e implementar com sucesso um plano nacional de saúde que garanta uma aposta na melhoria da qualidade da saúde da população e num improvement na política setorial?

D. PNDS III

(a aplicar aos entrevistados que tenham participado na elaboração do PNDS III)

29. Fale-me do PNDS III, enquanto o mais recente documento de planificação em saúde na GB.
30. Consegue, de forma breve, recordar o seu processo de elaboração?
31. A intenção do documento de avaliação intercalar do PNDS II era enviá-lo à OOA que recrutaria então uma equipa de trabalho para elaborar a revisão do PNDS II. Chegou a acontecer este processo?

32. A OOA recomendou ao MINSAP que lançasse em Conselho de Ministros o processo de planeamento em saúde, envolvendo o Governo e não apenas o MINSAP, numa perspectiva intersectorial do planeamento em saúde. Sabe se isto aconteceu?
33. Como se processou a tomada de decisão de redigir o PNDS III em vez de reformular o PNDS II?
34. O documento de apreciação intercalar, redigido em Agosto de 2006, foi tido em conta? Se sim, em que medida e de que forma?
35. Qual o lugar da integração PNDS/Programas?
36. Está lançada a dimensão intersectorial do processo de planeamento em saúde e sua implementação?
37. Há financiadores envolvidos no processo? Há garantias de financiamento?
38. O novo PNDS integrará orientações estratégicas para implementação? Se sim, a que nível?

Reflexões

39. Valerá a pena redigir um novo PNDS, uma vez que se repetem os cenários de instabilidade política e de inviabilização de implementação em plenitude?
40. O que se aprendeu neste processo de planificação em que tem estado envolvido?
41. Que cenários prevê para o futuro deste processo de planificação?

Para Unidade de Análise 2 – Formação de RHS

Alvos: Atores chave em matéria de RHS, seu planeamento e formação

Enquadramento

(a aplicar a todos os entrevistados)

Identificação do entrevistado

- Esteve implicado no processo de elaboração e implementação do PNDRHS? Especifique.
- Exerce ou exerceu algum cargo de gestão de RHS no MINSAP? Especifique.
- Exerce ou exerceu cargo de gestão em instituições que ministram formação em saúde? Especifique.

Questões abertas de partida

(a aplicar a todos os entrevistados)

1. Perspetiva histórica da formação em saúde na RGB – fazer memória das instituições e cursos de formação em saúde no país de 1974 a esta parte.
2. Aprofundar respostas à questão anterior relativamente a cada instituição identificada: quando teve início o seu funcionamento, com que financiamento, que cursos, que processos?

(a aplicar apenas a entrevistados que estão ou estiveram diretamente implicados nos processos de planeamento de RHS)

3. Fazer memória dos processos de planeamento de RHS na RGB e seus determinantes – identificar momentos/episódios ou acontecimentos chave.
4. O planeamento efetuado foi implementado? Justifique
5. Relacione o contexto nacional global e específico do setor da saúde com os processos de planeamento/implementação de estratégias de gestão de RHS no país nos momentos chave de que fez memória.

(a aplicar apenas a entrevistados que exerceram ou exercem cargos de gestão ao nível do Ministério da Saúde Pública)

6. De 1974 a esta parte, que Ministério tem tutelado a formação de RHS na RGB?
7. A abertura de instituições privadas de formação em saúde é uma realidade. Que instituições e cursos se recorda terem aberto de 2010 a esta parte? Com que enquadramento contextual? Como se tem processado a integração do ensino

privado na realidade académica da RGB? Que apoio tem sido dado ao ensino nas entidades públicas? Como têm estas sido geridas?

(a aplicar apenas a entrevistados que exercem ou exerceram cargos de gestão em instituições que ministram formação em saúde)

8. Relativamente à estrutura da formação oferecida pela sua instituição, concretamente ao desenho institucional:
 - a. Como está organizada a governação e liderança da escola?
 - b. Como é garantido o financiamento da formação?
 - c. Trabalham em redes e com parcerias? Se sim, com quem? Quais as dificuldades nesse trabalho? E as vantagens?
 - d. Como se organiza a escola em termos de estrutura física e humana?
 - e. Como garantem a provisão de recursos e serviços?
9. Relativamente ao processo de formação oferecida, concretamente ao desenho da formação:
 - f. Quais os critérios de admissão de alunos na escola?
 - g. Os planos de estudo estão definidos? Se sim, como foi o processo de definição? Podemos ter acesso aos mesmos?
 - h. De que recursos pedagógicos dispõem? Sentem falta de alguns recursos pedagógicos específicos? Se sim, quais?
 - i. Quais as principais dificuldades verbalizadas/manifestadas pelos vossos alunos?
 - j. É feita articulação com o mercado de trabalho? Se sim, como?
10. De uma forma global, como caracteriza a formação oferecida pela sua instituição?
11. Considerando as necessidades em saúde existentes no país, a sua instituição garante resposta às mesmas? Justifique

Questões finais

(a aplicar a todos os entrevistados)

12. Em síntese, que desafios enfrentou a formação em saúde no país de 1974 a esta parte?
13. E que desafios para o futuro?

ANEXO II - Guião de entrevistas semiestruturadas centradas no problema dirigida a prestadores de cuidados de saúde

Enquadramento

Somos uma equipa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, e estamos a realizar um estudo sobre os RHS na Guiné. O estudo visa entender as razões da crise atual, com vista a identificar possíveis soluções.

Quebra-gelo

Quais são as suas funções atualmente?

Qual é (ou foi) o seu contacto com a área dos RHS?

Qual é a sua opinião sobre a situação atual em que se encontram os RHS no país?

Na sua opinião, quais serão os 3 constrangimentos principais da força de trabalho da saúde neste momento?

Evolução histórica

1. Na sua opinião a situação era melhor ou pior antes?
2. Pode identificar as que considera serem as etapas marcantes da evolução dos RHS ao longo das últimas décadas?
 - i. Probe: Independência, Guerra, golpes de estado específicos etc

Distorções-chave

Composição da força de trabalho

3. Na sua opinião, quando um doente procura serviços de saúde, a quem se dirige primeiro?
4. Quem são os prestadores de serviços de saúde fora das estruturas públicas?
 - a. Probe: Quem presta serviços de saúde nas zonas rurais e nos bairros?
5. Onde é que se poderão comprar medicamentos nas cidades e nas zonas rurais?
6. Que tipo de pessoal é que se encontrará no sector privado?
 - a. Probe: as qualificações e formação deles
7. E nos hospitais e centros de saúde públicos que tipo de profissionais se encontrar?

8. Qual é a sua opinião sobre a qualidade dos profissionais que trabalham no público?
9. De que tipo de quadro da saúde é que se sente particularmente falta?
10. Na sua opinião, porque existem profissionais de saúde formados que não se conseguem colocação?

Comercialização dos serviços de saúde

11. Quanto é que o senhor/a acha que gasta em saúde por ano?
12. Quanto custa uma consulta/operação no público?
 - a. Probe: as cobranças ilegais e os medicamentos
13. Sai mais barato procurar no privado?

Fluxos de recursos e financiamento no sector saúde

14. Onde é que as pessoas encontram o dinheiro para pagar os serviços de saúde?
 - a. Probe: remittances, empréstamos etc.
15. Os profissionais de saúde queixam-se que não recebem salários ao fim do mês; quem deveria paga-los?
16. E as ONGs e igrejas ajudam nisto? De que forma?

Pressões externas

17. Que doadores conhece específicos da área da saúde?
18. Conhece profissionais de saúde a trabalhar para ONGs ou igrejas?
19. Que tipo de trabalho de saúde é que se faz nessas organizações?
20. Acha que as condições oferecidas aos trabalhadores são diferentes nessas organizações/igrejas?
21. No seu entender, porque atuam estas instituições na área da saúde?

Situação política e saúde

22. De que forma a situação política atual influencia os trabalhadores da saúde?
23. O que acontece nas zonas onde não há segurança aos serviços de saúde e aos trabalhadores?
24. Conhece algum plano de reforma da força de trabalho da saúde?
 - a. Probe: PNDRHS, porquê não foi implementado

ANEXO III - Guião de entrevistas semiestruturadas em profundidade

1. Fale-me um pouco de si, como começou a trabalhar na área da saúde?
2. Que outros trabalhos exerceu? E como conseguiu o atual?
3. Onde recebeu formação?
4. Onde ficou colocado depois da formação? Probe: Aceitou a colocação ou tentou alterar o local?
5. Há quanto tempo aqui trabalha?
6. Descreva de forma breve as suas atuais funções e responsabilidades.
7. Fale-me dos diferentes tipos de pagamento que recebe. (probe: salário; prémios; pagamento pelos doentes; incentivos; trabalho no privado etc);
 - a. Quais são importantes para si?
 - b. Porquê?
 - c. Como influenciam a forma como trabalha?
8. Para lá deste trabalho, tem algum outro ou leva a cabo alguma atividade que lhe aporte algum tipo de rendimento? Fale-me disto.
9. Como se sente no seu trabalho? O que gosta e não gosta no trabalho?
10. Está a planear ficar neste trabalho por muito tempo? Justifique
11. Que planos tem para o futuro da sua carreira?
12. What plans do you have for your future career?

ANEXO IV – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Declaro ter sido informado(a) do enquadramento e objetivos do estudo _____

—.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a gravação áudio da entrevista a que serei submetido (a), bem como a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

.....

... ..

Assinatura: Data: /.....

/.....

ANEXO V – Guião do Grupo Focal

Enquadramento

O grupo focal tem por objetivo fazer memória da história da formação em saúde na RGB de 1974 a esta parte, contextualizando-a na história do país e do setor da saúde.

Para a realização do grupo focal é necessária a existência de um quadro onde se escreverão as etapas principais da história da formação em saúde no país.

Desenvolvimento

Solicitar-se-á aos participantes a elaboração de uma linha do tempo em que se registem, de 1974 à data presente os acontecimentos relacionados com formação em saúde: planeamento de estratégias, implementação de estratégias, abertura de instituições de ensino, encerramento de instituições de ensino, abertura e encerramento de cursos de formação em saúde.

Cada um dos acontecimentos identificados devese ser contextualizado no país e no setor, identificando determinantes contextuais.

Identificar financiadores.

Conclusão

Qual a atual realidade vivida na RGS em termos de formação em saúde e quais os desafios de futuro?

ANEXO VI – Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos – Artigo publicado nos Anais do IHMT

Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos

Strategic planning in Guiné-Bissau's health sector: evolution, influences and processes

Cátia Sá Guerreiro

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHTM, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Augusto Paulo Silva

Instituto Oswaldo Cruz, Brasil

Tomé Cá

Organização Oeste Africana da Saúde

Paulo Ferrinho

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHTM, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Resumo

Apesar de ser reconhecido que o planeamento estratégico (PE), quando avaliado de acordo com objetivos e metas pré-definidas, tem uma baixa taxa de execução, ele tem valor enquanto procedimento complexo, participado e mobilizador de todos os quadrantes da sociedade.

A República da Guiné-Bissau (RGB), um dos países mais pobres do mundo, apresenta um contexto de fragilidade e carências ao nível da saúde e do funcionamento do seu sistema de saúde (SS), não respondendo este às necessidades de saúde do país. Trata-se porém de um Estado que tem feito ao longo dos anos o exercício do PE para o setor da saúde (PES).

A gestão estratégica do SS da Guiné-Bissau foi, até março de 2017, orientada por uma Política Nacional de Saúde (PNS) adotada e aprovada em 1993. Esta enquadrou, ao longo dos tempos, diversas políticas temáticas e orientou a elaboração de dois Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). A extensão do primeiro PNDS foi enquadrada pelo primeiro Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP I 2004 - 2007) e o segundo PNDS pelo DENARP II (2011-2015). O terceiro PNDS, em elaboração, será orientado pela PNS adotada em Março de 2017, pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo *Terra Ranka* (2015-2025) e pelas recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014.

O processo de PES na RGB incorpora e alimenta ainda outros processos de planeamento por parceiros, serviços e organismos da sociedade civil dando origem a uma teia de documentos orientadores - políticas, planos, programas, projetos.

A gestão desta complexidade deveria ter sido assumida por uma Célula de Gestão do PNDS no Ministério da Saúde Pública (MINSAP), o que não tem acontecido. Isto deve-se em parte à falta de pessoal na referida Célula de Gestão, e também ao facto de o PE ser visto, não como um elemento de uma gestão estratégica dinâmica, mas como um processo contido em si próprio, que permite mobilizar fundos dos doadores e orienta outros ciclos temáticos de planeamento, nem sempre articulados com o horizonte temporal do PNDS.

O presente artigo faz uma viagem de revisão aos processos de PES na RGB em três momentos, cada um associado a um PNDS: 1998-2002 (extensão de 2003-2007); 2008-2017; 2018-2020. Numa narrativa que pretende guardar memória destes processos, o artigo reporta-se ou a vivências pessoais dos autores, ou segue uma metodologia de análise de documentos, na sua maioria não-publicados, obtidos de informadores-chave no decorrer de vários trabalhos em que os autores estiveram envolvidos como dirigentes ou consultores do MINSAP da RGB.

Abstract

Although it is recognized that strategic planning (SP), when evaluated according to predefined goals and objectives, has a low execution rate, it has value as a complex, participatory and mobilizing procedure in all quarters of society. Strategic health planning (SHP) has begun to emerge since the 1990s, strongly driven by the *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (WHO, 1981) and more recently by the *Health 21 - Health for All in the 21st Century* (WHO, 1998).

The Republic of Guinea-Bissau (RGB), one of the poorest countries in the world, presents a context of fragility and deficiencies in health and functioning of its health system, which does not respond to the health needs of the country. It is, however, a State that over the years has made the exercise of SHP.

The strategic management of the RGB's health system was, until March 2017, guided by a National Health Policy adopted and approved in 1993. It has, over time, framed various thematic policies and guided the preparation of two National Health Development Plans (NHDP). The extension of the first NHDP was framed by the first National Strategy Document on Poverty Reduction (DENARP I 2004-2007) and the second NHDP by the DENARP II (2011-2015). The third NHDP, in preparation, will be guided by the National Health Policy adopted in March 2017, by the Strategic and Operational Plan of the Government *Terra Ranka* (2015-2025) and by the recommendations that emerged in October 2014 from the 1st National Health Conference.

The SHP process in RGB also incorporates and feeds other planning processes by partners, services and civil society bodies, giving rise to a web of guiding documents - policies, plans, programs, projects.

The management of this complexity should have been taken over by the NHDP Management Office, which has not happened. This is partly due to the lack of staff in the Office, and also to the fact that the SP is seen not as an element of dynamic strategic management, but as a self-contained process that allows mobilizing funds from donors and guides other thematic planning cycles, not always articulated with the NHDP's time horizon.

The present article makes a review trip to the SHP processes in RGB in three moments, each associated with a NHDP: 1998-2002 (extension of 2003-2007); 2008-2017; 2018-2020. In a narrative that intends to keep a memory of these processes, the article reports either to the personal experiences of the authors, or follows a methodology of analysis of documents, mostly unpublished, obtained from key informants in the course of several works in which Authors were involved as directors or consultants of the Ministry of Public Health of RGB.

Palavras Chave:

Planeamento em saúde, Guiné-Bissau, sistema de saúde.

Key Words:

Health planning, Guiné-Bissau, health system.

Introdução

A República da Guiné-Bissau (RGB) está a elaborar o seu terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS).

Neste artigo revemos os processos de planeamento estratégico (PE) na RGB em três momentos, cada associado a um PNDS: 1998-2002 (extensão de 2003 a 2007); 2008-2017; 2018-2020.

O artigo reporta-se ou a vivências pessoais dos autores ou segue uma metodologia de análise de documentos (Bowen, 2009), na sua maioria não-publicados, obtidos de informadores-chave no decorrer de vários trabalhos em que os autores estiveram envolvidos como dirigentes (TC, APS) ou consultores (PF, CSG) do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) da RGB.

Contexto histórico, político, económico e social

A RGB fica situada no oeste do continente africano, sendo de realçar uma componente insular, com 88 ilhas, correspondente a 22% do território nacional. Manteve-se sob administração portuguesa até Setembro de 1974 quando alcançou a sua independência. Do ponto de vista administrativo, o país está dividido em 8 regiões e um setor autónomo - cidade de Bissau - capital política, económica e administrativa do país. Em termos de administração sanitária apresenta-se dividido em 11 regiões.

Em 2016, a população da RGB foi estimada em cerca 1 743 652 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2%), caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 54% da população tem menos de 15 anos de idade¹. A sociedade guineense é marcada pela diversidade étnica e coabitação de diferentes credos religiosos.

Os indicadores demográficos registam uma evolução no sentido de uma transição demográfica: a taxa de mortalidade baixou no tempo simultaneamente com a taxa de natalidade e o índice de fecundidade mostra tendências decrescentes (República da Guiné-Bissau, 2015).

O poder é formalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidária, semipresidencialista. O Presidente é eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um. A Assembleia Nacional Popular é eleita por 4 anos. Formalmente existe a separação de poderes Presidencial, Legislativo, Executivo e Judiciário. Desde o conflito político-militar de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato, vivendo-se situações de instabilidade política e institucional permanente (Sangreman et al, 2006). Isto reflete-se no Índice Ibrahim de Governança Africa-

na em que a RGB, entre 54 países africanos, em 2016 se encontrava colocada em 44º lugar.

Esta situação não tem favorecido o crescimento económico nem facilitado políticas sociais e económicas coerentes. A dependência da comunidade internacional em setores como a economia, a saúde e a educação é quase total.

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (0,424 em 2015), na classificação de 2015, a RGB ocupa o 178º lugar, num total de 186 países².

A economia é frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do setor privado e um débil desenvolvimento do capital humano.

Com um PIB *per capita* de \$590 dólares americanos (2015), em 2010 cerca de 70% da população vivia em pobreza moderada (com 2\$ dólares americanos ou menos por dia) e 33% em pobreza extrema (com 1\$ dólar americano ou menos por dia)³.

O rácio da massa salarial, para as receitas fiscais, era de 77% em 2000-2003, de 89% em 2006 e de 74% em 2015, o que ultrapassa largamente o critério de convergência da União Económica e Monetária Oeste Africana (UEMOA). Esta tendência leva a atrasos permanentes no pagamento dos salários e, conseqüentemente, a instabilidade social, com greves frequentes nos setores da saúde e educação. As infraestruturas de apoio às atividades económicas são deficientes: uma rede rodoviária escassa e em más condições, portos marítimos obsoletos e degradados, telecomunicações deficientes e dificuldades no fornecimento de energia elétrica.

A educação tem deficiente desempenho e recursos humanos, financeiros e materiais escassos. A evolução dos indicadores de escolarização não é favorável (República da Guiné-Bissau, 2015).

Os indivíduos qualificados saem do sistema de educação e de formação sem perspetivas de futuro, uma vez que um número significativo dentre eles não encontra um emprego digno do seu nível de qualificação. Se a questão da inserção profissional já é bastante difícil para os jovens de uma maneira geral, ela é ainda mais dramática para os jovens com estudos superiores. Para um indivíduo licenciado pelo ensino superior os setores de atividade financeiramente mais interessantes para trabalhar são o setor moderno privado, a administração pública (exceto educação) e o setor da saúde. Para os diplomados do segundo ciclo do secundário, são, por ordem decrescente de importância, os domínios da saúde, da administração geral (exceto educação) e dos serviços (República da Guiné-Bissau, 2015).

A RGB integra a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), a UEMOA e a Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS). No âmbito da integração regional uma série de diretivas sobre cuidados transfronteiriços, fármacos, formação de pessoal de saúde e livre circulação dos profissionais de saúde, entre outras, deverão ser transpostas para o *corpus juris* nacional.

Sistema de saúde

A RGB apresenta um contexto de fragilidade e carências ao nível da saúde e do funcionamento do seu sistema de saúde (SS), não respondendo este às necessidades de saúde do país (República da Guiné-Bissau, 2003). Os aspetos referidos no Quadro 1 refletem as principais fraquezas do SS, as quais têm persistido desde a elaboração do primeiro PNDS.

Organização do Sistema de Saúde

Para compreendermos a organização do SS temos que ter noção da organização do mapa sanitário (Caixa 1) e dos setores de prestação de cuidados de saúde:

- **Setor público**, patrimonial, contratual e operacionalmente na dependência direta do Estado, composto por:

- Serviço Nacional de Saúde sob a direção do MINSAP (Caixa 2);
- Serviços de saúde militar na dependência do Ministério da Defesa e serviços de saúde prisionais sob o Ministério da Justiça;

- **Setor convencionado** entre a Igreja Católica (a qual assume o património imóvel e tecnológico) ou ONGs e o Estado (o qual coloca recursos humanos e define as políticas e estratégias a seguir);

- **Setor privado** composto por clínicas com internamento, consultórios, postos de enfermagem, farmácias e posto de vendas de medicamentos sem vínculo patrimonial ou contratual ao Estado;

- **Setor tradicional**, ainda por caracterizar.

Quadro 1: Principais fraquezas do SS da perspectiva dos insumos e processo

Insumos no SS	Principais fraquezas
Integração Regional	Adoção das diretivas regionais têm-se processado com grande lentidão.
Liderança, governação, organização e gestão	Mudanças políticas (ou politicamente motivadas) frequentes sem apropriação das políticas e estratégias de saúde vigentes pelos novos líderes. Política Nacional de Saúde data de 1993. Fraca capacidade de gestão e articulação em todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Instabilidade institucional devido a movimentos frequentes de gestores/administradores. Coordenação inadequada entre o MINSAP, as regiões e os vários parceiros. Modelo excessivamente centralizado. Atual modelo programático verticalizado, funcionando em paralelo fragmenta ainda mais o SNS. Atividade privada não regulamentada. Poucos instrumentos de gestão formalizados: leis orgânicas, visão, missão, legislação, regulamentos, procedimentos, termos de referências dos cargos, entre outros.
Financiamento da saúde	O orçamento regular do MINSAP, das DRS e das ES depende maioritariamente do apoio dos parceiros de desenvolvimento. OGE alocado para a saúde é escandalosamente exíguo. Grande parte das ES não têm orçamento de funcionamento, recorrendo a receitas próprias não auditadas de prestação de serviços, vistorias, coimas, multas e outras, criando situações muitas vezes pouco transparentes e sem responsabilização direta.
Recursos humanos	Falta de informação sobre RHS. Desconhecimento e ou desrespeito pelas orientações estratégicas para os RHS em termos de: formação inicial, continuada especializada, de promoção; recrutamento, colocações e retenção; incentivos. Baixa motivação do pessoal devido a equipamentos inadequados e ao atraso frequente no pagamento de salários que por si já são baixos, levando ao múltiplo emprego e à prática de cobranças ilícitas. Faltam instrumentos de gestão de RHS. Profissões da saúde não estão padronizadas. Carreiras não implementadas, com necessidade de atualização. Falta de capacidade para manter supervisão formativa. Instrumentos regulatórios da administração autónoma do Estado (Ordens) não legalizados.
Infraestruturas, equipamentos e produtos de saúde, logística	Fraca institucionalização das aquisições; falta de padronização dos equipamentos e infraestruturas; insuficiência de materiais e equipamentos nas ES; falta de manutenção periódica das infraestruturas e equipamentos; fornecimento irregular de equipamentos médicos, medicamentos e reagentes; desafios na manutenção da rede de frio; gestão de inventário inadequada.
Prestação de serviços	Supervisão irregular; mapa de pessoal mal definido para algumas das ES, em particular as colocadas ao nível de referência nacional; distribuição desigual de RHS em todos os níveis e superlotação na capital; infraestruturas e equipamentos essenciais insuficientes e inadequados para garantir cuidados de qualidade; falha na gestão de mecanismos de comunicação.
Gestão do sistema de informação em saúde	Irregularidade da supervisão, quase ausência da prática de controlo de qualidade de dados; mecanismos de retro informação inadequados; baixo nível de informatização; multiplicidade e não harmonização de instrumentos de recolha de dados; mecanismos de monitorização inadequados ou limitados; fraquezas na análise e disseminação sistemática dos dados. Incapacidade de adoção de inovações por falta de sistema de gestão do conhecimento.

Caixa 1: Mapa sanitário

Do ponto de vista administrativo, a RGB está dividida em **8 regiões de saúde (RS)**: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em **36 setores** e um **Setor Autónomo** (cidade de Bissau, capital política, económica e administrativa do país). Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o **mapa sanitário** apresentou-se durante muitos anos com 11 RS, incluindo o Setor Autónomo de Bissau (SAB). As 11 RS foram, desde sempre, divididas em **114 Áreas de Saúde (AS)** (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo assim, 66% da população ainda vive em 2017 a uma distância superior a 5 km das estruturas de prestação de Cuidados Primários de Saúde (CPS) mais próximas.

1 - <http://www.stat-guineebissau.com/> consultado a 13 de fevereiro de 2017.

2 - <http://hdr.undp.org/en/data>

3 - World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington.

Caixa 2: SNS: organização, infraestruturas e equipamentos**Nível comunitário**

A revitalização das atividades de saúde de base comunitária estão em implementação há cerca de 4 anos, sendo que neste momento existe praticamente uma cobertura nacional de agentes de saúde comunitária (ASC) já formados de acordo com o Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária 2016-2020. As atividades esperadas, os equipamentos necessários e os incentivos estão bem especificados, embora haja discordância entre parceiros de implementação e o MINSAP sobre o que é comportável em termos de incentivos financeiros. Realça-se ainda a iniciativa de reabilitação de base comunitária pela missão holandesa Kimon, num projeto apelidado de Jedidias.

Serviços de 1º contato

Os serviços que deveriam ser de primeiro contato para a prestação de CPS incluem: 3 tipos de centros de saúde (CS) generalistas - tipos A, B e C, e 4 tipos de centros especializados - Centros de Tratamento Ambulatório (CTA) do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA (PNLS), Centros de reabilitação nutricional (CRN), Centros Materno-infantis (CMI) e o CS mental.

- *Centros de saúde generalistas:* os CS generalistas prestam CPS abrangentes. A nomenclatura A, B e C distingue-os em relação ao pacote de intervenção que lhes foi atribuído (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos CS tipo A), classificados ainda em rurais e urbanos. Em 2014, existiam 123 CS, dos quais 7 do tipo A, 8 do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 108 do tipo C (sem médico, serviços prestados por enfermeiros). Os CS são responsáveis pela implementação do Pacote Mínimo de Atividades (PMA) (Caixa 3). Em março de 2017, 11 CS estavam fechados por ausência de estrutura física em condições aceitáveis. O raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5 km. Com base neste critério, 66% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5 km da estrutura de prestação de CPS mais próxima.

Os mecanismos para aumentar o acesso aos cuidados incluem:

- o A estratégia avançada, que envolve saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar o PMA a populações que vivem entre 5 km a 20 km do CS da respetiva AS;
- o As equipas móveis envolvem saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar o PMA a populações a mais de 20 km do CS da respetiva AS, prevendo-se a necessidade de se pernoitar nas comunidades visitadas.

- *Centros de saúde especializados:*

Foram criados no mínimo um CTA em cada RS, através do PNLS. Os poucos resultados mostram elevadas taxas de abandono, baixas taxas de seguimento e elevadas taxas de óbito em TARV.

Os CRN e CMI são na sua maioria apoiados pela Cáritas. Por último temos o CS mental Osvaldo M'Veira, em Bissau, uma estrutura destruída pela guerra civil e que tenta recuperar o seu estatuto de centro de referência nacional.

Nível secundário dos cuidados de saúde

Existem 5 hospitais regionais (HR) em funcionamento - Bafatá, Catió, Canchungo, Gabú e Mansoa - que prestam cuidados de referência do primeiro nível e cujo diretor faz parte da ERS. A precariedade nos HR é muito semelhante à dos hospitais nacionais. Junto de alguns dos HR existem casas de mães apoiadas pela Cáritas e pelo projeto H4+ de Aceleração do Progresso em Saúde Materna e Neonatal.

Serviços de nível terciário ou nacional

A nível central estão o MINSAP, com Ministro, Secretário de Estado, Secretário-geral, três Direções Gerais, Direções Nacionais/Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes e dois centros especializados de referência nacional: o Centro Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora Dr. Ernesto Moreira. Estes estabelecimentos encontram-se todos na capital onde se concentra a maior densidade de camas hospitalares.

Não está definido um quadro de referência e contra referência entre as estruturas sanitárias. Os doentes têm acesso direto aos serviços, ou pela urgência ou pelo ambulatório. Como a procura é inadequada os cuidados prestados não correspondem necessariamente ao nível de diferenciação terciária. A inadequação dos cuidados prestados deve-se também a respostas inadequadas para um nível terciário por falta de recursos humanos especializados, falta de equipamento necessário ou ainda pela existência de equipamentos por instalar ou sem pessoal competente para os utilizar. Esta precariedade está associada a irregularidade nos aprovisionamentos de material clínico-cirúrgico, reagentes, fichas e instrumentos de gestão, à falta de manutenção dos equipamentos, a atrasos no desembolso de fundos de maneo por parte das entidades responsáveis levando à falta de motivação do pessoal, à baixa produtividade e à erosão das competências técnicas.

Nota-se ainda sobreposição de valências clínicas e de capacidade de diagnóstico entre unidades hospitalares que poderiam ser melhor aproveitadas num complexo hospitalar de nível terciário partilhado entre as três unidades.

Caixa 3: Pacote mínimo de atividades (PMA)

O PMA é da responsabilidade dos CS nas 114 AS do país, estando definidas as atividades entre os CS os ASC, e é composto por cinco grupos de atividades:

- Atividades curativas,
- Atividades preventivas,
- Atividades orientadas para a população – comunicação e promoção da saúde –,
- Estratégia avançada e
- Atividades de apoio.

A definição do PMA implicou a adoção de critérios de dotação mínima do pessoal técnico e a definição das normas de funcionamento das próprias infraestruturas. O pacote mínimo em si, tal como definido, continua a parecer atual e adequado, à exceção de algumas correções que podem ser introduzidas, concretamente na área da saúde da mãe, do recém-nascido e no tratamento anti-retroviral.

Planeamento estratégico no MINSAP

Apesar de ser reconhecido que o PE, quando avaliado de acordo com objetivos e metas pré-definidas, tem uma baixa taxa de execução, ele tem valor enquanto procedimento complexo, participado e mobilizador de todos os quadrantes da sociedade. O PE contribui para ganhos em conhecimento (sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes) e para a difusão desse conhecimento de

uma forma generalizada e direcionada, obtendo consensos e legitimação da visão estratégica proposta e clarificando áreas prioritárias para concentração de recursos e esforços (Mintzberg H. et al, 2009).

Em diversos países existe um interesse renovado nos processos de PES, como instrumento para ultrapassar a insatisfação com a fragmentação dos sistemas, com a aparente retirada progressiva do Estado do setor da saúde, com as crescentes desigualdades no acesso e nos resultados em saúde. A nível global, o reconhecimento das dificuldades nacionais, as desigualdades entre países e a consciência crescente de diversos estrangulamentos estruturais, despertou o interesse “num plano, num mecanismo de financiamento e num quadro de referência para monitorização e avaliação”. (Oliveira D, 2015)

O PES começou a emergir desde a década de 1990, fortemente impulsionado pela *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (WHO, 1981) e, mais recentemente, pela *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. (WHO, 1998).

A gestão estratégica do SS da RGB foi, até março de 2017, orientada por uma Política Nacional de Saúde (PNS) adotada e aprovada em 1993. Esta enquadrava, ao longo dos tempos, diversas políticas temáticas (PT) e orientou a elaboração de dois PNDS. A extensão do primeiro PNDS foi enquadrada pelo primeiro Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP I 2004 - 2007) e o segundo PNDS pelo DENARP II (2011-2015). As

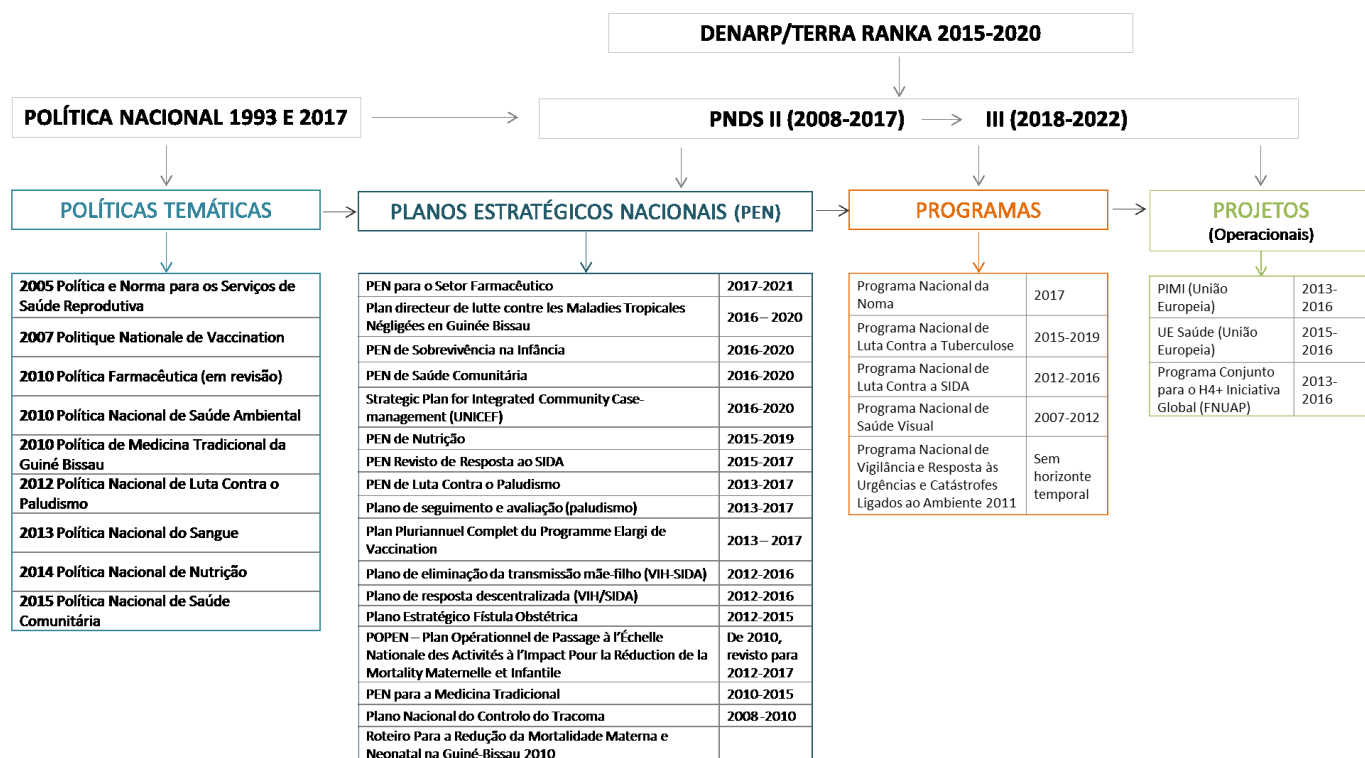


Fig. 1: Quadro lógico dos documentos orientadores da gestão estratégica do setor da saúde

PT e os PNDS enquadram os Planos Estratégicos Nacionais (PEN) temáticos e os respetivos programas e projetos.

O terceiro PNDS será orientado pela PNS adotada em Março de 2017, pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo (Terra Ranka) (2015-2025) e pelas recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014.

A figura 1 reflete o quadro lógico dos documentos orientadores da gestão estratégica do setor da saúde no momento atual, sendo feita de seguida uma resenha histórica do PES na RGB, antecedendo a descrição dos aspetos processuais de elaboração dos PNDS.

Perspetiva histórica

Depois do golpe militar de 1980, o regime militar perdurou até 1984, ano em que uma nova Constituição foi aprovada, fazendo o país retornar a um regime civil, evoluindo em direção à democracia multipartidária no começo dos anos 90 com a cessação da proibição de partidos políticos em 1991 e eleições multipartidária em 1994.

Como reconhecido na literatura (Reich, 1995; Lopes da Cruz, 2007), estes momentos de mudança política, criam oportunidades para reformas que, na RGB levaram ao abandono do planeamento normativo, protagonizado em 1984 pelo então denominado Ministério da Coordenação Económica e Plano. Os diferentes setores, em especial a saúde, viram-se então livres para desenvolverem uma abordagem própria.

Na sequência de um Programa de Reforço da Gestão Sanitária (PRGS) de 1990 do MINSAP, foi adotada uma abordagem de planeamento tipo *bottom up*, muito participativo e consensual com todos os atores implicados. Este período de planeamento decorreu em pleno Programa de Ajustamento Estrutural (Monteiro, 1996), momento em que um planeamento de desenvolvimento geral deixou de existir no País, só sendo retomado com a elaboração do DENARP I, no segundo milénio.

O primeiro PNDS surgiu no contexto de uma PNS de 1993 orientada por princípios de consolidação dos CPS, de melhoria do acesso aos serviços de saúde, de distribuição equitativa dos recursos, de qualidade da prestação de cuidados, de descentralização do SNS, de definição e desenvolvimento de uma estratégia para os recursos humanos e de uma melhor colaboração intersectorial. Foi o primeiro exercício de planeamento estratégico no setor da saúde em todo o país, sendo apresentado numa mesa redonda setorial de 1997 para obter apoios financeiros dos doadores.

A partir do PNDS I a função de planeamento assumiu um papel estruturante na gestão estratégica do MIN-

SAP (Silva, 1999). O PNDS I constituiu um quadro de referência para as atividades e ações de desenvolvimento sanitário no período de 1998 a 2002. No entanto, a execução do PNDS ficou, por um lado, comprometida mas, por outro, manteve o seu caráter de um plano estruturante, com orientações claras, com objetivos, estratégias e ações devidamente especificadas. Sobrevivendo à instabilidade político-militar, o PNDS I foi revisto para o horizonte temporal de 2003 a 2007, de modo a permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser implementadas.

Surgiu entretanto a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, especificada no DENARP I (2004-2007), alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), tendo por objeto a eliminação da pobreza. Foi identificada a necessidade de uma abordagem abrangente que tomasse em conta tanto os aspetos económicos, sociais e institucionais assim como culturais e ambientais.

A avaliação do PNDS I em 2007 permitiu concluir que, de um modo geral, houve ligeira melhoria dos indicadores. No entanto, os objetivos traçados pelo PNDS I, mesmo com a extensão do período de sua vigência para mais 5 anos, não tinham sido alcançados devido a:

- Instabilidade político-militar,
- Instabilidade administrativa⁴,
- Baixa contribuição do Orçamento Geral do Estado (OGE) para o financiamento da saúde que manteve a dependência quase total do exterior,
- Fraca capacidade de gestão a todos os níveis (administração central, regional e local, comunidades e sociedade civil),
- Dificuldades na concretização da estratégia de descentralização que impediu que as regiões sanitárias (RS) tivessem autonomia de planificar e executar atividades de forma autónoma (Fronteira et al, 2007).

É neste contexto que o MINSAP se envolveu na elaboração do PNDS II, com a expectativa de dar resposta aos objetivos traçados no quadro do DENARP e aos desafios encontrados na avaliação.

O PNDS II, enquadrado no DENARP I, foi pensado como um projeto de desenvolvimento socioeconómico, de forma a assegurar a obtenção de “Ganhos em Saúde” de 2008 a 2017. As condicionantes associadas à implementação do PNDS I, mantiveram-se idênticas para o PNDS II. O pouco que se avançou foi orientado por um plano de operacionalização do PNDS II, preparado pelo MINSAP com o apoio dos parceiros (Republique de Guinée Bissau, 2012), para os direcionar nas suas intervenções na área da saúde materno-infantil. É também de realçar o esforço da Escola Nacional de Saúde (ENS) e da Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez, que permitiu ultrapassar as metas do PNDS II para o número de enfermeiros e de médicos por 10 000 habi-

Caixa 4: Estratégias de desenvolvimento nacional

As estratégias de desenvolvimento nacional foram, no passado, operacionalizadas nos DENARP e atualmente no Plano Estratégico e Operacional *Terra Ranka*.

Os DENARP constituíram o quadro de referência para a planificação estratégica, programação e orçamentação das ações de desenvolvimento, assim como para o diálogo com os parceiros técnicos e financeiros externos. Foram os instrumentos de operacionalização das grandes prioridades nacionais, definidas na Visão Prospetiva do Desenvolvimento, denominada «Guiné-Bissau 2025 Djitu Ten», adotada pelo Governo em 1996. Este documento constituiu o quadro de referência para a planificação estratégica, programação e orçamentação das ações de desenvolvimento, assim como para o diálogo com os parceiros técnicos e financeiros.

A estratégia definida articulava-se à volta de quatro eixos estratégicos:

1. Fortalecer o Estado de Direito e as Instituições Republicanas,
2. Assegurar um ambiente macroeconómico durável e incitativo,
3. Promover um desenvolvimento económico durável e inclusivo,
4. Aumentar o nível de desenvolvimento do capital humano.

O primeiro DENARP vigorou de 2006 a 2008, enquanto o DENARP II de 2011 a 2015. Além da diferença de horizonte temporal, o DENARP II distinguiu-se ainda do primeiro em virtude do seu quadro de operacionalização, os Planos de Ação Prioritários (PAP), destinados a implementar as metas traçadas pelos diferentes Ministérios sectoriais – o PNDS II, no caso da saúde.

Através do **DENARP I**, a RGB fixou objetivos ambiciosos de desenvolvimento económico e social:

- Desenvolver as infraestruturas de apoio à produção,
- Atingir uma taxa média anual de crescimento de pelo menos 5% durante o período,
- Limitar a taxa de inflação média anual a 3%,
- Reduzir a incidência de pobreza de 68,5% em 2005 para 65,9% em 2008 e 64,1% em 2010,
- Assegurar a expansão e a melhoria de acesso à educação para a universalização do ensino de base,
- Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 122 por mil em 2004 para 104,5 em 2008,
- Reduzir a mortalidade infantojuvenil,
- Reduzir a mortalidade materna.

No final do ano 2006 realizou-se em Genebra a conferência internacional de doadores na base do DENARP I. Os compromissos assumidos pelos parceiros internacionais não foram concretizados. O Governo reconhece que os objetivos do DENARP I não foram alcançados. Com base nas lições aprendidas foi elaborado o DENARP II.

O principal objetivo do **DENARP II** era reduzir a pobreza nas suas múltiplas dimensões, para criar mais oportunidades de rendimento, de emprego e melhorar o acesso aos serviços públicos básicos de qualidade num Estado de direito reforçado. Outros objetivos importantes eram a redução da insegurança alimentar, da mortalidade infantil, juvenil e materna, a eliminação da desigualdade estrutural entre homens e mulheres, assim como o aumento anual do crescimento económico, do acesso à água potável e do fornecimento de eletricidade, entre outros.

A estratégia definida no DENARP II articula-se à volta de quatro eixos principais:

1. Fortalecer o estado de direito e as instituições republicanas;
2. Reformar a administração e melhorar a gestão das finanças públicas;
3. Promover o desenvolvimento económico durável;
4. Melhorar a qualidade de prestação de serviços nos sectores sociais.

O DENARP II definiu também um dispositivo de monitorização e avaliação, com o respetivo orçamento, instrumentos inexistentes no DENARP I.

“Guiné-Bissau 2025 Djitu Tem” foi substituído em 2014 por “**Guiné-Bissau 2025 Plano Estratégico e Operacional 2015-2020 «Terra Ranka»**” documento que orienta a elaboração do PNDS III e que foi a base da conferência internacional de doadores em 2015.

tantes. A ameaça do Ébola nos países vizinhos reforçou os investimentos nos sistemas de vigilância, alerta e resposta rápida (Ferrinho 2015).

Os eixos do PNDS II em que se observaram menos progressos foram o da governação e de infraestruturas e equipamentos. Nos outros eixos (medicamentos, colaboração intersectorial e promoção da saúde, monitorização e avaliação e cuidados essenciais e de referência)

observaram-se um conjunto de iniciativas em progresso, geralmente sem se alcançarem as metas propostas (Ferrinho 2015).

4 - Termo utilizado para referir a constante mudança na gestão de topo dos órgãos do MINSAP e estruturas ligadas ao PNDS.

Em 2011, e com horizonte temporal até 2015, foi adotado o DENARP II (República da Guiné-Bissau, 2011). Em 2015, não tendo sido adotado um novo DENARP, este foi substituído pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo eleito em 2014 (Terra Ranka) (2015-2025).

As estratégias de desenvolvimento nacional encontram-se sintetizadas na caixa 4 e os temas de saúde presentes no Plano Estratégico e Operacional Terra Ranka no quadro 2.

Em Outubro de 2014 realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde da qual emergiram recomendações que se tornaram fundamentais no processo de planeamento que se seguiu. (caixa 5).

É neste contexto, e no ano a seguir à adoção dos objetivos de desenvolvimento sustentável, que emergem a vontade e a necessidade de elaborar o PNDS III 2018-2022. Esta elaboração teve em conta as recomendações indicadas como prioritárias por uma assistência técnica internacional (ATI) de 2015, concretamente que:

- A autoridade e liderança do MINSAP saíssem reforçadas. O PNDS III deveria ser claro nas orientações para o conseguir.
- O financiamento e sustentabilidade do sistema fossem objeto de propostas bem refletidas.
- A organização do SS e do MINSAP beneficiasse de estabilidade legal e estatutária (elaboração e aprovação de uma lei de bases da saúde).
- As exigências jurídicas do reforço do SS sugeriam a necessidade de equipar um Gabinete Jurídico no MINSAP com juristas formados em direito sanitário.
- A organização do sistema deveria ser objeto de orientações precisas, alinhadas com uma maior autonomia para as RS, o HNSM e algumas outras instituições do nível central (Central de Compra de Medicamentos Essenciais - CECOME).

- A descentralização e a autonomia, entres outras razões, obrigam a rever o mapa sanitário do País.

- Se sustentem os ganhos programáticos observados, realcem as respostas necessárias para melhorar a saúde materna e neonatal, melhorar as respostas às doenças que exigem evacuação para o estrangeiro e fortaleçam as recomendações referentes à diminuição das desigualdades em saúde, implicando um forte investimento em meios complementares de diagnóstico e na formação das equipas para os fazer funcionar.

- Seja promovida a formação dos recursos humanos da saúde (RHS) no país (inicial e pós-graduada), a qualidade dos quadros formados, a inserção numa carreira digna e dinâmica, a colocação e retenção onde são necessários, o trabalho dentro de equipas com competências complementares e a aprendizagem ao longo da vida

- Se realçasse a avaliação do desempenho e que a recompensa pelo bom desempenho seja reforçada.

- A logística seja uma prioridade do PNDS III.

- Se valorize o desenvolvimento de serviços sustentáveis de manutenção dos edifícios, do parque automóvel, dos equipamentos médicos, dos painéis solares etc.

- Se continue a investir no desenvolvimento de um sistema de informação de saúde harmonizado e funcional, alinhado com as recomendações da OOAS.

- Se garanta a inclusão, no próprio PNDS III, de um plano de avaliação e monitorização.

- Uma política de colaboração com os parceiros seja consensualizada e implementada de forma a aumentar a eficiência das intervenções e a garantir a sua sustentabilidade⁵.

Uma missão da OOAS em 2016 reconheceu “A pertinência de um novo plano estratégico, a sua adequação ao novo contexto internacional e regional em matéria de saúde pública, às orientações políticas internas e às novas realidades sociodemográficas do País”.

Entre fevereiro e abril de 2017 foi conduzido por um dos autores um diagnóstico da situação de saúde na RGB que ajudou a estabelecer as prioridades para o PNDS III.

Em abril de 2017 validou-se uma nova PNS, depois de um processo que se arrastava desde 2009. Esta PNS dá orientações preciosas para a elaboração do PNDS III.

Quadro 2: Temas de saúde na estratégia do Governo até 2025

Pilotagem e gestão do sistema de saúde	Cuidados de saúde de qualidade
	Definição de políticas e estratégias do setor e mapa sanitário
	Definição de normas e procedimentos
Desenvolvimento de infraestruturas de qualidade	Requalificação do espaço do antigo hospital 3 de Agosto
Medicamentos e produtos	Reforço dos mecanismos de aquisição de medicamentos
Programas de saúde prioritários	Projeto do Secretariado Nacional de Luta Contra o SIDA
	Prevenção e Luta Contra o Paludismo
	Prevenção e Luta Contra a Tuberculose
	Programa de seguimento e desenvolvimento de saúde e nutrição na infância
	Reforço dos serviços de saúde e da qualidade da prevenção contra o VIH
	Prevenção e Luta Contra o VIH / Sida
Programas dos jovens	Saúde reprodutiva dos jovens
Programa integrado de turismo nos Bijagós	Programa integrado de infraestruturas e desenvolvimento humano (eletricidade, telecomunicações, CS, escola, centro de formação profissional)

Caixa 5: Recomendações da 1ª Conferência Nacional de Saúde

- o Elaborar e implementar a Lei de bases do sistema de saúde;
- o Rever a política nacional da saúde e o PNDS II;
- o Atualizar o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde (PNDRHS);
- o Mobilizar recursos financeiros para a implementação do PNDS II e PNDRHS II;
- o Elaborar a política da gestão e manutenção das instalações e equipamentos de saúde;
- o Elaborar regulamentos para o funcionamento das ES;
- o Criar uma Agência Nacional da Vigilância Sanitária;
- o Atualizar o mapa sanitário;
- o Adotar e aprovar o projeto dos estatutos do Hospital Nacional Simão Mendes no Conselho de Ministro;
- o Redefinir a constituição da Equipa Regional da Saúde (seus integrantes);
- o Coordenar as atividades dos programas em diferentes níveis de implementação (central, regional e local);
- o Assegurar a Implementação efetiva e contínua do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde nas estratégias avançadas nas AS de difícil acesso;
- o Garantir o transporte para as evacuações das grávidas e doentes principalmente nas RS de difícil acesso e nas ilhas;
- o Recuperar os centros de saúde (CS) em estado de degradação;
- o Requalificar e redefinir os postos sanitários;
- o Equipar as estruturas de saúde de acordo com as suas características (Hospitais de Referência, CS tipo A, B e C);
- o Dotar os Hospitais de equipamentos de diagnósticos adequados;
- o Formar e especializar os trabalhadores em quantidade e qualidade suficientes;
- o Assegurar a continuidade da procura das estruturas de prestação de serviços e dos cuidados através da mobilização social;
- o Elaborar e implementar o regulamento e estatutos para cada nível de prestação de cuidados de saúde;
- o Assegurar o investimento nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (reabilitação e equipamentos e materiais médicos);
- o Implementar a carreira dos trabalhadores de saúde (revisão de critérios de enquadramento);
- o Rever as formas de incentivos dos técnicos colocados nos locais de difícil acesso;
- o Implementar os mecanismos previstos no estatuto disciplinar relativamente à responsabilização dos técnicos;
- o Criar um gabinete de contencioso junto à Inspeção-geral para Assuntos da Saúde (IGAS) e descentralizar os Serviços da Inspeção para as RS;
- o Responsabilizar os trabalhadores da Saúde pelos seus atos profissionais na emissão das juntas médicas falsas;
- o Criar um gabinete de coordenação das atividades das ONG's que intervém na área da saúde;
- o Regulamentar a atuação das ONG's no domínio da saúde;
- o Implicar as Direções Regionais de Saúde na coordenação e supervisão das atividades das ONG's;
- o Reforçar a Coordenação com os parceiros;
- o Fazer funcionar o centro da telemedicina;
- o Rever os acordos de evacuação de pacientes e identificar novos parceiros;
- o Rever o regulamento de funcionamento de Junta Médica Nacional;
- o Facilitar a junta médica para os trabalhadores da Saúde;
- o Criar centros de acolhimentos em Lisboa para os doentes evacuados;
- o Regulamentar o funcionamento da comissão nacional da junta médica (com participação de todos os intervenientes no setor);
- o Criar mecanismo de parceria de evacuação dos utentes aos países de Sub-Região;
- o Rever o acordo de parceria assinado com Portugal no domínio da evacuação de doentes.

Processos de elaboração dos PNDS

Estes processos são abordados para cada um dos três períodos em consideração.

PNDS I

No contexto do PRGS foi treinada uma equipa de “Animadores” em planeamento e gestão. Este treinamento desenrolou-se no MINSAP com o apoio de técnicos da OMS-Genebra no âmbito do então chamado programa “*Intensified Cooperation with Countries*”. Depois da formação, constituiu-se a Rede de Animadores do PRGS com tarefas específicas de formar as Equipas Regionais de Saúde (ERS) em planeamento e gestão. Para isso deslocavam-se periodicamente às RS de acordo com um plano de atividades aprovado pelo MINSAP juntamente com a OMS. Os resultados do PRGS foram:

- Criação de equipas a nível regional;
- Desenvolvimento de uma certa polivalência entre os membros das equipas;
- Trabalho em equipa na resolução dos problemas percebidos como prioritários para o desenvolvimento sanitário da respetiva região;
- Planos operacionais bem elaborados nas RS implicadas;
- Associação estreita dos parceiros locais ao processo, o que teve frequentemente um impacto muito positivo sobre os recursos disponíveis nas regiões (integração de certas atividades, como a formação contínua e a supervisão do pessoal dos centros de saúde);
- Reorganização dos sistemas de saúde regionais criando a necessidade de uma certa harmonização.

O PRGS não conseguiu ultrapassar o grau de autoridade e autonomia muito limitado das RS.

Na sequência destes resultados, iniciou-se em 1993 no MINSAP a reflexão sobre a melhor maneira de gerir o próprio sistema nacional de saúde. Ao Departamento de Planeamento e Cooperação Internacional foi incumbida a tarefa de pilotar o processo de elaboração do PNDS orientado para o setor público da saúde. As finalidades incluíam:

- Garantir as disponibilidades financeiras para se cumprir a totalidade das obrigações relativamente à prestação de cuidados de saúde;
- Definir objetivos que não fossem quase exclusivamente destinados à resolução dos problemas mais urgentes;
- Melhorar a integração e coordenação na gestão dos serviços de saúde e a participação dos setores afins;
- Diminuir e/ou erradicar disparidades entre RS no acesso a recursos;
- Melhorar a motivação do pessoal.

As principais etapas deste processo foram:

I. Realização de um seminário para a elaboração do Manual de Planeamento. Neste seminário participaram os Animadores da Rede do PRGS, alguns membros das ERS e responsáveis de alguns Departamentos do MINSAP: o de Planeamento e Cooperação, da Saúde Pública, o dos Recursos Humanos, da Epidemiologia e dois técnicos superiores do Ministério do Plano e Cooperação Internacional. A metodologia do planeamento foi apresentada e discutida pelos participantes com um enquadrador da OMS-Genebra. Ao fim de cinco dias de trabalho, a equipa de redação constituída (Grupo de Consolidação) trabalhou sobre o Manual, editando uma versão preliminar que foi distribuída aos participantes para apreciação e comentários. Recebidas as contribuições, editou-se a versão final que se multiplicou em exemplares suficientes que foram depois distribuídos aos serviços centrais e regionais de saúde.

II. Criação no MINSAP, no Departamento de Planeamento e Cooperação, de uma equipa denominada Grupo de Consolidação do PNDS coordenado por um Coordenador que reportava ao Diretor-geral do Planeamento. O Grupo de Consolidação tinha por tarefa não só redigir o PNDS mas também dar orientações metodológicas às diferentes equipas envolvidas no processo de planeamento. Por exemplo, apoiaram as regiões no desenvolvimento dos seus Perfis Sanitários, Análise da Situação, Estabelecimento de Prioridades, Objetivos, Estratégias, Indicadores de Avaliação, Cronogramas de Atividades e Orçamento. Durante este período sentiu-se muitas vezes a necessidade de recrutar assistência técnica (AT) do exterior. Assim, realizaram-se missões de especialistas nos domínios de Economia da Saúde, do Sistema de Informação, de Informação, Educação e Comunicação (IEC), Recursos Humanos, Administração Hospitalar e dos Programas de Luta contra as Doenças Transmissíveis (Paludismo, Tuberculose, Oncocercose,

VIH/SIDA), Materno-Infantil e Engenharia Sanitária e Saneamento.

III. Depois de esboçados os Planos Regionais de Saúde, foi organizado e realizado um Primeiro Seminário. Nele tomaram parte as ERS, os representantes das organizações de cooperação, os responsáveis dos Hospitais e dos Programas Nacionais. Foi um Seminário Intersectorial durante o qual os participantes discutiram até ao pormenor o “O diagnóstico do Sector da Saúde”. Depois deste Seminário, os pontos de consenso foram utilizados para a elaboração do Tomo I do PNDS, contendo duas partes: a primeira sobre o “O Diagnóstico da Situação” e a segunda, sobre “O Resumo do Perfil Sanitário, Prioridades e Estratégias Fundamentais”.

IV. Outros seminários e reuniões foram intercalados e realizados para debates de áreas da saúde mais complexas. Assim, realizaram-se seminários sobre “O Sistema de Saúde no Sector Autónomo de Bissau (a capital), “O Desenvolvimento dos Recursos Humanos” e “A Coordenação da Ajuda Externa e Negociação”. Realizou-se também um seminário com a participação de todos os Diretores-gerais dos Ministérios das Finanças, da Função Pública e Trabalho, dos Negócios Estrangeiros, do Plano e Cooperação Internacional, da Educação Nacional, das Mulheres, do Desporto, do Turismo, da Cultura, das Águas, Indústria, da Agricultura, da Pesca, do Comércio, do Interior, da Justiça e da Informação. Depois, fez-se uma reunião com os representantes das Agências Internacionais e de Cooperação Bilateral e Multilateral: a OMS, o FNUAP, o UNICEF, o PAM (Programa Alimentar Mundial), o Banco Mundial, o PNUD, a Suécia, a França, Portugal, a China (Formosa), os Países Baixos e a Dinamarca.

V. Com as contribuições obtidas de todos os participantes implicados, elaborou-se o Tomo II do PNDS: O PNDS 1997-2001. Este Tomo continha: Objetivos, Estratégias e as Atividades Principais; Organização do Sistema Nacional de Saúde; Organização das Regiões e a dos Cuidados Diferenciados a Nível Central; Especificidades Regionais; O Apoio Operacional do Nível Central às Regiões; Desenvolvimento e Formação dos Recursos Humanos; IEC e Colaboração Intersectorial; a Gestão do PNDS a Nível Nacional; O Orçamento 1997-2001.

VI. O Grupo de Consolidação fez a revisão dos documentos, a sua validação intergovernamental num seminário para os Diretores-gerais dos outros Ministérios (realizada em Fevereiro de 1997), e a sua apresentação ao Ministro que inscreveu o seu debate num dos Conselhos de Ministros. Finalmente a versão foi preparada e distribuída a todos os intervenientes no Processo. A Consulta Sectorial foi organizada com a comunidade dadora de fundos para a apresentação e aprovação do Plano. Foi assim que o PNDS foi aprovado em 1997.

Caixa 6: Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS)

No passado não existiram planeamento e gestão de recursos humanos (RH) da saúde por várias razões, entre elas:

- A prioridade dada aos RH limitava-se a aspetos de produção da força de trabalho através da sua formação;
- O desenvolvimento de uma verdadeira política de RH, os processos de planeamento e, mesmo, as decisões sobre medidas institucionais de gestão de RH, nunca foram objeto de grande atenção.
- O Departamento responsável pelos RH, o qual teve diversas designações e posições na orgânica do MINSAP ao longo dos anos, ocupava-se sobretudo das tarefas impostas pela administração corrente, não organizando os aspetos mais elementares da informação sobre os efetivos, como é o caso do arquivo dos documentos de contratação ou dos documentos elementares de identificação, em processos individuais.
- Ausência de definição do SS (funções dos diferentes níveis, do PMA e da carga de trabalho);
- Funções e autoridade da DRH pouco claras.

A implementação de um sistema de informação e a disponibilidade de meios informáticos adequados, bem como um grande esforço coletivo para inventariar a situação, tornou possível a obtenção de dados utilizados na elaboração de um 1º PNDRHS.

O PNDS previa um órgão consultivo para a área de planeamento, o Comité de Gestão, cuja finalidade seria preparar o parecer técnico sobre os planos operacionais e estratégicos das RS, dos serviços centrais e das instituições personalizadas, para além do parecer sobre os acordos de cooperação. A composição deste Comité ilustra bem a especificidade dos relacionamentos no sistema. Assim, os membros permanentes seriam os dois Diretores-gerais, o Diretor dos Cuidados Primários de Saúde, dos Serviços de Higiene e Epidemiologia, dos Recursos Humanos, da Administração e Finanças, da Planificação e da Coordenação da Ajuda Externa. Os não permanentes viriam das Direções Regionais, das outras Direções de Serviço ou dum dos Serviços conforme a agenda da respetiva sessão.

As informações foram obtidas do Serviço de Epidemiologia ou de estudos, inquéritos, sondagens e entrevistas.

Durante a elaboração do PNDS existiu um orçamento próprio destinado à contratação da AT em vários domínios, aquisição de recursos materiais e reforço da logística.

A abordagem foi-se assim diferenciando daquilo que acontecia nos anos 80, quando o Ministério do Plano, através dos Gabinetes de Estudos e Planeamento setoriais, solicitava o envio de informações e depois enviava o formato para a elaboração das necessidades do MINSAP, só depois incorporando o Sector Saúde no Plano Quadrienal de então. Organizava-se então uma consulta com os financiadores onde tomavam parte todos os setores. Decidia-se o futuro dos beneficiários sem que estes tivessem algo a dizer. A abordagem desenvolvida pelo MINSAP, embora não tenha abrangido suficientemente o leque da população, foi considerada uma abordagem *bottom-up*, participativa e abrangente.

Todo este processo demorou sete anos, três dos quais na elaboração do PNDS.

A este processo esteve acoplado o planeamento da força de trabalho da saúde da RGB (Caixa 6).

A implementação destes Planos foi cerceada pelo con-

flito político-militar de 1998 e pela instabilidade que desde então se instalou no País. No entanto, os dois tomos do PNDS I (e um documento síntese de divulgação) e o do PNDRHS I foram amplamente divulgados e mantiveram-se, até hoje, referências de trabalho para muitos dos dirigentes do sistema de saúde guineense.

PNDS II

Para a efetivação do processo de elaboração do segundo PNDS, o MINSAP contou com o apoio dos técnicos nacionais, com a participação ativa das Regiões, tendo também recorrido a AT e financeira dos organismos e agências internacionais parceiros, nomeadamente OMS, FNUAP, UNICEF, Fundação Calouste Gulbenkian, Banco Mundial e a Cooperação Francesa. A Cooperação Portuguesa através do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) prestou apoio técnico ao processo de avaliação do PNDS I, de revisão final do documento do PNDS II, assim como à redação do anexo referente ao segundo Plano Nacional de Desenvolvimento de RHS e sua orçamentação.

Neste quadro, esteve no país de 12 a 19 de Janeiro de 2007, a primeira missão conjunta da OMS e UNICEF de apoio ao lançamento do processo de elaboração do PNDS II, cuja finalidade foi discutir, com as autoridades nacionais, o estabelecimento de um calendário de ações de curto prazo (8-9 meses) até à obtenção do documento final e sua apresentação formal numa Consulta Setorial com todos os parceiros de desenvolvimento. A missão tinha como objetivos proceder ao lançamento formal do processo a nível nacional; definir mecanismos de apoio às RS e Programas; estabelecer etapas e adotar um calendário integrado com todas as ações; e estimar as necessidades financeiras e em AT permanente e intermitente para o suporte de todo o processo.

Outras quatro missões de apoio técnico foram realizadas, tanto nas áreas de conceção e desenvolvimento do PNDS, como na área de orçamentação do referido plano.

Em termos organizacionais e de liderança do processo, foi criado um Comitê de Pilotagem baseado na estrutura que pilotou todo o processo do primeiro DENARP. O Comitê de Pilotagem do PNDS II foi presidido pelo Ministro da Economia e Integração Regional, com o envolvimento ativo do Ministério das Finanças. Fizeram parte deste órgão todos os parceiros nacionais e internacionais, bilaterais e multilaterais interessados nas questões de saúde e desenvolvimento. Sendo o Comitê de Pilotagem uma estrutura de decisão política, foi criada uma Comissão Técnica Nacional de Coordenação, cuja composição e atribuições foram definidas por um despacho da Ministra da Saúde Pública. A Comissão Técnica foi presidida pelos dois Diretores-gerais do MINSAP e fizeram parte dela, além dos diretores nacionais dos serviços técnicos deste ministério, a Unidade de Coordenação do DENARP junto do Ministério da Economia e parceiros técnicos e financeiros (OMS, FNUAP e UNICEF). Como estruturas mais operacionais e de trabalhos técnicos foram criados quatro grupos temáticos com os respectivos termos de referência, cabendo a cada grupo a recolha de informação necessária para a análise da situação e, em seguida, a proposta de estratégias e objetivos para os anos vindouros. Os grupos temáticos definidos foram:

I. Grupo temático I: Prestação de Serviços e Emergências (Prestação de Serviços, Instalações, Equipamentos e Medicamentos, Promoção da Saúde (IEC), Saúde Ambiental e Emergências);

II. Grupo temático II: Administração Geral (Governança), Sistema de Informação Sanitária (SIS) incluindo pesquisa no sistema de saúde e Monitorização & Avaliação (M&A);

III. Grupo temático III: Financiamento da Saúde e Parcerias (Análise Macroeconómica, Social, Política; Parcerias);

IV. Grupo temático IV: Recursos Humanos (Políticas, Gestão, Formação e Sistema de Informação de pessoal).

Sendo um trabalho participativo, com produção de informação por parte de cada grupo, sentiu-se a necessidade de consolidação e harmonização de todos esses trabalhos de grupo. Foi assim que surgiu a necessidade de uma maior gestão prática de todo o processo de desenvolvimento do documento de PNDS II até ao seu produto final, o que levou a Comissão Técnica a propor a criação, no seu seio, de um pequeno grupo composto por três técnicos o qual passou a designar-se de “Grupo de Consolidação (GC) do PNDS II” tido, a partir desse momento, como uma estrutura operacional e permanente da comissão técnica. O GC passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias. Foi conseguida uma maior abertura à participação de

mais pessoas e organizações na sua conceção e realização como forma de promover uma maior responsabilização de todos os interessados/envolvidos.

Foi consensual que a Análise da Situação Sanitária, a definição dos Objetivos e as Opções Estratégicas se fizessem em conformidade com o DENARP I, enquanto documento orientador da estratégia de desenvolvimento nacional (ver caixa 4).

Todo o processo de elaboração do PNDS II teve em conta a mudança do contexto no financiamento da saúde (pós Programa de Ajustamento Estrutural), dos recursos disponíveis devido à redução da dívida pública e às expectativas e oportunidades oferecidas pelos grandes parceiros, bem como as modalidades de apoio estabelecidas no quadro de cooperação a diferentes níveis, incluindo o apoio direto ao Orçamento Geral do Estado.

O Governo assumiu a liderança de todo o processo, traduzido pela presença da Ministra da Saúde nas reuniões técnicas da Comissão de Coordenação e pela direção do Ministro da Economia das reuniões do Comitê de Pilotagem.

As principais etapas do trabalho foram: Análise da Situação, Determinação dos Objetivos, Prioridades e Estratégias, estimativa dos recursos necessários, adoção do Plano pelo Governo e pela Assembleia Nacional Popular e sua divulgação entre os parceiros e sociedade civil.

A validação do PNDS II foi feita em dois momentos: a validação da Análise da Situação, dos Objetivos e escolha das Estratégias pela comissão técnica com a participação de todas as RS e parceiros técnicos do MINSAP; e a validação do Documento Final pelo Comitê de Pilotagem.

O processo durou cerca de 1 ano. A este processo esteve associada a elaboração do segundo PNDRHS, que foi concebido como um anexo técnico do PNDS II.

Na sequência da crise política de dezembro de 2008, nunca foi formalmente adotado pelo Conselho de Ministros. Foram publicados cerca de 100 cópias em papel pela OMS para divulgação do documento, o qual se manteve maioritariamente desconhecido dos dirigentes do setor. Mesmo assim, com o apoio do Banco Mundial e do GAVI-RSS, desenvolveu-se, a partir de 2009, um processo de Planeamento Regional e de elaboração de uma nova PNS, processos que foram abortados pelo golpe de Estado de abril de 2012.

PNDS III

A elaboração do PNDS III está a decorrer em paralelo com a elaboração do presente artigo, num momento de crise política que envolve a falta de diálogo entre as forças políticas e entre os órgãos do Estado.

Para a elaboração do PNDS III, o MINSAP conta com

o apoio participativo dos técnicos nacionais, das RS, tendo também recorrido a AT – três AT, duas nacionais e uma internacional - e financeira dos organismos e agências internacionais parceiras, nomeadamente a UE, a OMS, a UNICEF e a OOAS.

Em termos organizacionais e de liderança do processo, por despacho do Ministro da Saúde, foram criados um Comité de Pilotagem e uma Comissão Técnica de Seguimento.

O Comité de Pilotagem inclui os Ministérios da Economia, do Plano e Integração Regional (MEPIR), Finanças (MinFin), Educação e Ensino Superior (MEES), Função Pública (MINFUP), das Mulheres, Recursos Naturais e Transportes e Comunicação e Agricultura. Fazem parte deste órgão, parceiros internacionais, bilaterais e multilaterais interessados nas questões de saúde e desenvolvimento.

As 3 AT constituem um Grupo de Consolidação que passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias. Este grupo estabeleceu o calendário a seguir; garantiu que o Governo assumisse, através dos dirigentes do MINSAP, a liderança de todo o processo técnico; assegurou que o Governo mantivesse a liderança política do processo através das reuniões do Comité de Pilotagem; manteve o diálogo alargado com os dirigentes e técnicos do Sistema de Saúde, inclusive os Diretores Regionais de Saúde, os dirigentes dos MEPIR, MINFUP, MEES e MINFIN, os principais organismos e agências de cooperação internacional, incluindo as ONG, sindicatos, associações e ordens e com as duas maiores forças políticas com assento parlamentar.

O processo teve início em março de 2017 e está previsto terminar em julho do mesmo ano.

Discussão e conclusões

O planeamento estratégico na RGB emergiu com a liberalização do regime político na década de 1980, o qual gerou as oportunidades que permitiram reformas na governação, como reconhecido na literatura (Reich, 1995) criando um espaço para um processo de planeamento *bottom-up* (Silva, 1999).

Foi então reconhecida a incapacidade de conduzir um processo pelo pessoal existente nas estruturas de saúde, pelo que se investiu num prolongado período de capacitação das equipas nacionais e regionais, com apoio de diversas AT, durante três anos. Este foi alinhado com os preceitos das escolas que consideram o planeamento estratégico um procedimento de aprendizagem agregando diversos outros processos de planeamento (Mintzberg et al, 1998; Quayle, 2015). Esta dimensão do planeamento estratégico tem sido bastante notória desde

a elaboração do PNDS I a todos os níveis, nacional e regional, em que o planeamento formal, liderado pelo MINSAP, incorpora e alimenta outros ciclos de planeamento por parceiros, serviços e organismos da sociedade civil dando origem à teia de documentos (políticas, planos, programas, projetos) descritos na figura 2.

Se o PNDS pretende nortear a intervenção em saúde na RGB, torna-se ainda relevante referir que documentos de política nacional de saúde, nutrição, água/higiene e saneamento reafirmam o compromisso político da RGB para com a saúde das populações. Este compromisso pauta-se também por uma dimensão além-fronteiras, estendendo-se a abordagem estratégica aos objetivos regionais definidos, espelhados também em documentos orientadores (Republique de Guinée-Bissau, 2012). Exemplo desse compromisso com objetivos regionais e globais (os ODM) são a CARMMA - *Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa*; o POPEN - *Plan Operational de Passage a l'Echelle Nationale des interventions a haut impact* (IHI) - *Strategies pour l'acceleration de la reduction des mortalites maternelles, neonatales et infanto-junvenile en Guinée-Bissau*; o Plano Estratégico de Luta Contra a Malária; o Plano Estratégico contra o VIH/SIDA; o Plano Estratégico de prevenção/resposta contra a cólera 2009-2013; o Plano Diretor de água e saneamento (atualizado 2010-2020) da RGB e o Quadro Estratégico e Plano de Investimentos para alcançar os ODM de saúde, entre outros. Para a implementação e execução destes planos e estratégias entram em cena variados atores internacionais, dos quais se salientam a UE, o Banco Mundial, diversas delegações das Nações Unidas como OMS, UNAIDS, FNUAP, UNICEF, UN Women, bem como países em cooperação bilateral dos quais se salientam Portugal, Espanha e França por exemplo.

A gestão desta complexidade deveria ter sido assumida pela Célula de Gestão do PNDS, o que não tem acontecido. Isto deve-se em parte à falta de pessoal na Célula de Gestão, e também ao facto de o planeamento estratégico ser visto, não como um elemento de uma gestão estratégica dinâmica, mas como um processo contido em si próprio, que permite mobilizar fundos dos doadores e orienta outros ciclos temáticos de planeamento, nem sempre articulados com o horizonte temporal do PNDS.

Como elaborado por Mintzberg (1994), e ilustrado pela experiência do PES na RGB, o planeamento estratégico contribui também para:

- Mobilizar diversos quadrantes da sociedade em torno das agendas de saúde;
- Ganhos em conhecimento sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes;
- Clarificação das áreas prioritárias orientadoras da futura concentração/mobilização de recursos; e

- Obtenção de consensos e legitimação da visão estratégica proposta.

Originariamente desenhado de uma estratégia de desenvolvimento nacional, as edições mais recentes do PNDS (II e III) procuram orientação nos DENARP e/ou Terra Ranka, os quais definem as prioridades para o desenvolvimento nacional com um forte ênfase no combate à pobreza e nos setores sociais, incluindo a saúde. Esta tendência está enraizada na Declaração de Alma Ata, onde se afirma que “O desenvolvimento económico e social baseado numa ordem económica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (<http://cmds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>).

Conflitos de interesse

APS foi dirigente do MINSAP durante a elaboração dos PNDS I e II. TC foi dirigente do MINSAP durante a elaboração do PNDS II e fez parte da equipa da OOAS que avaliou o PNDS II. PF participou como consultor na avaliação do PNDS I, na revisão do texto do PNDS II antes da sua aprovação, na avaliação do PNDS II e na elaboração do PNDS III.

Agradecimentos

Ana Rocha pela elaboração das figuras.
O GHTM é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia - UID/Multi/04413/2013.

Bibliografia

- Bowen GA (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal* 9 (2): 27 – 40.
- Ferrinho P (2015). Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020. Apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um Roteiro para a sua revisão. Bissau, Agosto-Setembro.
- Fronteira I, Ferrinho F, Dussault G, Ferrinho P (2007). Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau. AGO, Lisboa.
- Lopes da Cruz JMMA (2007). O Programa de Ajustamento Estrutural na República da Guiné-Bissau: Uma avaliação política e ética. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Estudos Africanos – Desenvolvimento Social e Económico em África: Análise e Gestão. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Mintzberg H (1994). *The Rise and Fall of Strategic Planning*. New York, Free Press.
- Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J (1998). *Strategy Safari—A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management*. A TCI Book Review. http://www.consulttci.com/book_reviews/safari.html Mintzberg .
- Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. (2009) *Strategy Safari: The Complete Guide Through the Wilds of Strategic Management*. FT Prentice Hall.
- Monteiro IM (1996). O programa de ajustamento estrutural na Guiné-Bissau: análise dos efeitos sócio-económicos. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa, Bissau.
- Oliveira D (2015). *Planeamento Estratégico - Conceitos, Metodologia, Práticas - 33ª Ed.* Available from: <http://www.saraiva.com.br/planeamento-estrategico-conceitos-metodologia-praticas-33-ed-2015-8990660.html>
- Quaye I, Osei A, Sarbah A, Abrokwa E (2015). The Applicability of the Learning School Model of Strategy Formulation (Strategy Formulation as an Emergent Process). *Open Journal of Business and Management*; 3: 135-154.
- Reich MR (1995). The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy*; 32: 47-77.
- República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública (1993). *Política Nacional da Saúde*. Bissau.
- República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública (1997). *Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 1997-2002*. Bissau, Maio.
- República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Direcção Geral do Plano e Cooperação. (2003). *Plano de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). Visão do plano 1998-2002 – revista e projectada para 2003-2007*. Bissau, Janeiro.
- República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Direcção Geral de Planeamento e Coordenação de Ajudas, Direcção de Planeamento e Estatística (2005). *Plano de Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde*. Bissau, Outubro.
- República da Guiné-Bissau. Ministério da Economia, Plano e Integração Regional (2011). *Segundo Documento de Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza – DENARP II*. Available from: http://www.gw.undp.org/DENARPII_FR.pdf.
- República da Guiné-Bissau. Ministério Da Educação Nacional (2015). *Relatório da Situação do Sistema Educativo para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases*. Relatório de Agosto de 2015.
- République de Guinée-Bissau (2006). *Document de Strategie Nationale de Redution de la Pauvrete (DENARP), Version Actualisée en Septembre*.
- République de Guinée-Bissau (2012). *Plan Operationnel de Passage à l'Echelle Nationale (POPEN) des Interventions à Haut Impact (IHI). Stratégies Pour l'Accelération de la Reduction des Mortalités Maternelles, Neonatales et Infanto-Juvenile en Guinée-Bissau*. Révisé en février 2012 par le Ministère de la Santé avec l'appui technique des partenaires.
- Sangreman C, Sousa Jr, F, Zevelino G, Barros M (2006). A evolução política recente na Guiné-Bissau: -As eleições presidenciais de 2005 -Os conflitos -O desenvolvimento - A sociedade civil. *Colecção Documentos de Trabalho n° 70*. CESA, Lisboa, 2006.
- Silva, Augusto Paulo (1999). *Planeamento Estratégico na Guiné-Bissau*. AGO, Lisboa.
- World Health Organization. «Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva; 1981.
- World Health Organization. *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. Copenhagen; 1998.

ANEXO VII – Avaliação em Saúde na República da Guiné-Bissau – uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário - Artigo publicado na Revista Saúde em Debate

Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

Health assessment in the Republic of Guinea-Bissau: a meta-evaluation of the National Health Development Plan

Cátia Sá Guerreiro¹, Paulo Ferrinho², Zulmira Hartz³

DOI: 10.1590/0103-1104201811801

RESUMO Na República da Guiné-Bissau, um dos países mais pobres do mundo, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) pretende ser o documento de orientação nacional em saúde. O PNDS II (2008-2017) sucedeu ao PNDS I (1998-2002, revisto para 2003-2007). Ambos foram alvo de avaliações. Em 2017, completou-se um novo processo de planeamento, o PNDS III. Considerando o PNDS, procedeu-se a uma meta-avaliação objetivando avaliar a qualidade das avaliações efetuadas e verificar a utilização dos resultados das avaliações em intervenções subsequentes. Aplicados padrões de meta-avaliação aos relatórios de avaliação, verificou-se que, relativamente aos quatro princípios de meta-avaliação – utilidade, exequibilidade ou factibilidade, propriedade e precisão ou acurácia –, ambas as avaliações apresentam a classificação de ‘satisfatório’ (score superior a 66,6%), revelando um caráter de excelência para vários padrões. Metodologicamente, o relatório referente ao PNDS I sobressai sobre o do PNDS II. Na fase de planeamento, as sugestões deixadas pela avaliação anterior foram levadas em conta tanto para o PNDS II como para o III. A fragilidade do Estado da Guiné-Bissau emerge como padrão de especificidade. O PNDS tem sido uma referência em cenários de instabilidade. Tais avaliações foram ao encontro do atual desafio de considerar o contexto, e, nele, a cultura dos povos, como parte integrante da avaliação.

PALAVRAS-CHAVE Estudos de avaliação como assunto. Implementação de plano de saúde. Planeamento. Cultura.

ABSTRACT *In the Republic of Guinea-Bissau, one of the poorest countries in the world, the National Health Development Plan (NHDP) is intended to be the national health guidance document. NHDP II (2008-2017) succeeded NHDP I (1998-2002, revised for 2003-2007), being both assessed. In 2017, a new planning process – NHDP III – was completed. As for NHDP, a meta-evaluation was carried out, aiming to assess the quality of the evaluations carried out and to verify the use of evaluations’ results in subsequent interventions. Applying meta-evaluation patterns to evaluation reports, it was verified that, as to the four principles – utility, feasibility, adequacy and accuracy –, both evaluations presented a satisfactory score higher than 66.6%, showing an excellence character in various patterns. Methodologically, NHDP I report stands out from NHDP II. In the planning phase, the suggestions made by the previous evaluation were*

¹Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) – Lisboa, Portugal.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0505-2155>
cs.guerreiro22@gmail.com

²Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) – Lisboa, Portugal.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3722-0803>
pferrinho@ihmt.unl.pt

³Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) – Lisboa, Portugal.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9780-9428>
zhartz@ihmt.unl.pt



considered for both NHDP II and III. The fragility of the Country emerges as a pattern of specificity, revealing that NHDP has offer a reference in scenarios of instability. These evaluations fit the current challenge of considering the context and the culture of peoples as an integral part of the evaluation.

KEYWORDS *Evaluation studies as subject. Implementation of health plan. Planning. Culture.*

Introdução

República da Guiné-Bissau, um Estado frágil

Situada no oeste do continente africano, constituída por uma faixa continental e pelo Arquipélago dos Bijagós, a República da Guiné-Bissau (RGB) é uma antiga colônia portuguesa que se tornou independente em 1973, após 15 anos de luta armada.

Desde a proclamação da independência, o País tem vivido situações de instabilidade política e institucional, materializada em repetidos golpes de estado e conflitos armados. Esse cenário tem implicado mudanças frequentes na liderança das equipes responsáveis pelos diversos ministérios. Salientam-se duas situações de particular instabilidade na história do País: o conflito político-militar de Junho de 1998 a Maio de 1999, que teve particular impacto na destruição de infraestruturas e no tecido social¹, e o golpe de Estado de 2012, com particular impacto até hoje sobre a estabilidade política e a economia nacional.

Segundo o 'Index de Estados Frágeis de 2015', publicado pelo The Fund for Peace², a RGB é considerado o 17º país mais frágil de mundo, num universo de 178 países, sendo que limitações governativas e de fornecimento de bens e serviços públicos aos cidadãos enquadram os critérios de

falta de 'legitimidade' e 'eficácia' definidos pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para a caracterização de Estado Frágil (EF)³.

Os Sistemas de Saúde (SS) de EF, pelos cenários de necessidades várias que apresentam, podem ser 'inundados com ajuda' de diversos formatos, incluindo Organizações Não Governamentais (ONG) internacionais, agências bilaterais e multilaterais, muitas vezes colaborando com organizações da sociedade civil locais, nem sempre capazes de compreender as implicações das suas intervenções no contexto específico do EF⁴. Ao lado de parcerias público-privadas que intervêm no setor da saúde, há também um elevado número de iniciativas globais de saúde, as quais são pensadas para ser um dos benefícios da globalização, constituindo programas geralmente orientados para doenças específicas⁵. Funcionários locais ficam incumbidos de gerir a ajuda, nem sempre concertada, prestada por esses múltiplos intervenientes.

Enquadrando o descrito, a RGB apresenta um contexto de fragilidade e carências no setor da saúde e do funcionamento do seu SS, sendo que, nas duas últimas décadas, a fração do Orçamento Geral do Estado (OGE) atribuída à Saúde foi inferior a 10%, o que representa menos de 15% das necessidades financeiras do funcionamento do setor, implicando a dependência do apoio externo⁶. Segundo a Organização Mundial da Saúde

(OMS)⁷, cerca de 90% do financiamento desse setor têm sido garantidos por parceiros de cooperação.

O Planejamento Estratégico em Saúde na RGB

A RGB é um Estado independente desde 1973, estabeleceu sua Política Nacional de Saúde (PNS) em 1993 e tem feito ao longo dos anos o exercício do Planejamento Estratégico em Saúde (PES).

No intuito de definir um quadro de referência para as atividades e ações de desenvolvimento sanitário com base em uma política de desenvolvimento setorial, realizou-se, em colaboração com parceiros para o desenvolvimento, o primeiro grande exercício de PES na RGB, do qual resultou o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I (PNDS I), estabelecido com horizonte temporal o período 1998-2002⁸. Porém, a situação político-militar de 1998 comprometeu a execução do referido plano, que foi revisto para o horizonte temporal 2003-2007 com o objetivo de permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser implantadas^{6,9}.

No final de 2007, avaliou-se a execução do PNDS I e entregou-se o relatório em Dezembro desse ano, validado pelo Ministério da Saúde Pública (Minsap)⁹.

Em resposta do setor da saúde aos desafios lançados pelo Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza II (Denarp II)¹⁰ e em continuidade do caminho percorrido com a implementação do PNDS I, elaborou-se o PNDS II com o horizonte temporal 2008-2017⁶. Desde a sua aprovação em 2008, o PNDS II manteve-se como o quadro de referência para as atividades e ações de desenvolvimento sanitário, embora sua execução tenha sido comprometida pela situação político-militar vivida¹¹. Em agosto de 2015, e num momento em que se sentia atenuada a instabilidade política, foi realizada uma análise do PNDS II por meio de uma consultoria externa objetivando contribuir

com subsídios a serem considerados pelo Minsap na avaliação da implantação do plano, de forma a permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser adequadas ao presente, sugerindo-se o prolongamento do horizonte temporal até 2020¹¹.

Em Março de 2017, iniciou-se um novo processo de planejamento do qual resultou a redação do PNDS III, tendo-se optado por não prolongar o horizonte temporal de implantação do PNDS II. O terceiro PNDS é orientado pela PNS adotada em Março de 2017, a qual substitui a de 1993 e aguarda ainda a validação por parte do Conselho de Ministros, prevista para o início de 2018; pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo Terra Ranka 2015-2025¹²; e pelas recomendações que emergiram da I Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014.

A avaliação tem sido parte integrante do processo de PES na RGB. Existe já um amplo consenso quanto à ideia de que as políticas públicas devem ser acompanhadas por avaliações sistemáticas, como parte da rotina governamental, adaptando-se continuamente em função dos resultados e recomendações por elas fornecidas – essa ideia traduz-se na necessidade de se utilizar a avaliação, sendo, porém, necessário questionar continuamente a sua capacidade em produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar a melhorar o desempenho dos SS¹³.

Objetivos

Tendo por objeto os PNDS^{6,8} como documentos de orientação estratégica nacional para o setor da saúde, e uma vez que existem dados de avaliação da sua implementação aprovados e disponíveis^{9,11}, realizou-se uma meta-avaliação com duplo objetivo: avaliar a qualidade das avaliações efetuadas e perceber até que ponto os resultados das avaliações foram ou estão sendo utilizados em intervenções subsequentes. Pretende-se, assim, contribuir para o aumento da credibilidade

do processo avaliativo no âmbito do PES na RGB, contextualizando seu papel e potencializando sua utilidade para a tomada de decisões no setor da saúde.

Material e métodos

Esta meta-avaliação foi realizada por meio da análise de conteúdo¹⁴ dos documentos de avaliação de implementação dos PNDS I e II, do PNDS II e de onze entrevistas¹⁵ realizadas com avaliadores e atores-chave em PES na RGB.

Os onze entrevistados foram selecionados pelo investigador por deterem informações pretendidas para o estudo, constituindo, assim, uma amostra não probabilística intencional¹⁶. Dois deles são avaliadores, um está envolvido na avaliação do PNDS I e o outro em ambos os processos de avaliação, bem como na redação dos PNDS II e III. Os nove atores-chave, todos guineenses, participam ou participaram diretamente nos processos de planejamento em saúde, desde a elaboração do PNDS I até ao atual processo de redação do PNDS III. Ocupam ou ocuparam cargos de governo do setor em nível nacional, dois dos quais amplamente relacionados com programas específicos, i.e., Luta contra a Tuberculose e Lepra e Saúde Materno-Infantil, sendo que dois dos entrevistados ocupam atualmente cargos em organizações internacionais. As entrevistas foram gravadas com o devido consentimento dos entrevistados.

A meta-avaliação pode ser definida diretamente como uma avaliação da avaliação^{17,18} e, operacionalmente, como um processo de descrição, julgamento e síntese de estudos ou quaisquer procedimentos de avaliação com o objetivo de assegurar a qualidade dos estudos avaliativos¹⁷. Proporcionando a análise sistemática de um estudo avaliativo¹⁹, sua metodologia permite verificar se os objetivos inicialmente traçados na avaliação foram atingidos de forma adequada e eficaz, e se o desenvolvimento do programa,

projeto ou produto revelou seu mérito²⁰. Induz, assim, a uma prática de reflexão sobre todos os procedimentos utilizados na avaliação, dando oportunidade à incorporação de novos conhecimentos por parte não só dos meta-avaliadores como também dos avaliadores¹⁸, proporcionando uma ajuda às instâncias de decisão no sentido da melhoria do desempenho de suas ações¹⁷.

Assim, a meta-avaliação permite o acesso à informação sobre as limitações e as potencialidades da avaliação realizada, aumentando sua credibilidade e permitindo às partes interessadas julgar e contextualizar os resultados obtidos²¹.

Os procedimentos apropriados para a realização de uma meta-avaliação podem variar de acordo com o tipo de avaliação realizada²². A literatura sugere algumas possibilidades para a condução de uma meta-avaliação, sendo que o marco de referência conceitual mais conhecido é o produzido pela Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE) em 1981, atualizado em 1994, estando em vigor na nova versão de 2011^{18,22,23}. Um total de 30 padrões de avaliação são organizados em torno de quatro princípios: 'Utilidade' – atende às necessidades de informação das partes interessadas; 'Exequibilidade ou factibilidade' – é realista e moderada nos recursos e custos de modo a justificar a sua realização; 'Propriedade ou correção' – é conduzida eticamente, com respeito pelos envolvidos; 'Precisão' – divulga e transmite informação sobre o valor ou mérito dos programas avaliados com a devida validade^{18,24}.

Para facilitar a tarefa de julgar a qualidade das avaliações, a JCSEE construiu uma lista de verificação dos padrões, distribuídos por categorias, às quais é possível aplicar uma escala, permitindo julgar o nível de atendimento do objeto avaliado em relação a cada padrão^{17,22}. A literatura consultada salvaguarda que, conforme a natureza da avaliação ou meta-avaliação, a aplicação dos padrões será variada, porque dependendo

do objeto em foco, alguns dos parâmetros podem não ser adequados ou aplicáveis²².

Neste trabalho, optou-se por utilizar treze dos 30 padrões de meta-avaliação JCSEE na análise dos relatórios de avaliação supracitados para o Princípio da Utilidade – Credibilidade do avaliador, Clareza dos relatórios, Impacto da avaliação; Princípio da Factibilidade ou Viabilidade – Procedimentos práticos, Viabilidade

contextual; Princípio da Propriedade – Avaliação completa e justa, Disseminação de resultados, Conflito de interesses; Princípio da Precisão ou Acurácia - Análise de contexto, Descrição de propósitos e procedimentos, Fontes de informação confiáveis, Conclusões justificáveis, Imparcialidade dos relatórios. A definição textual dos padrões utilizados encontra-se descrita no *quadro 1*, elaborado com base na literatura consultada^{17,23-25}.

Quadro 1. Definição textual dos princípios e padrões utilizados

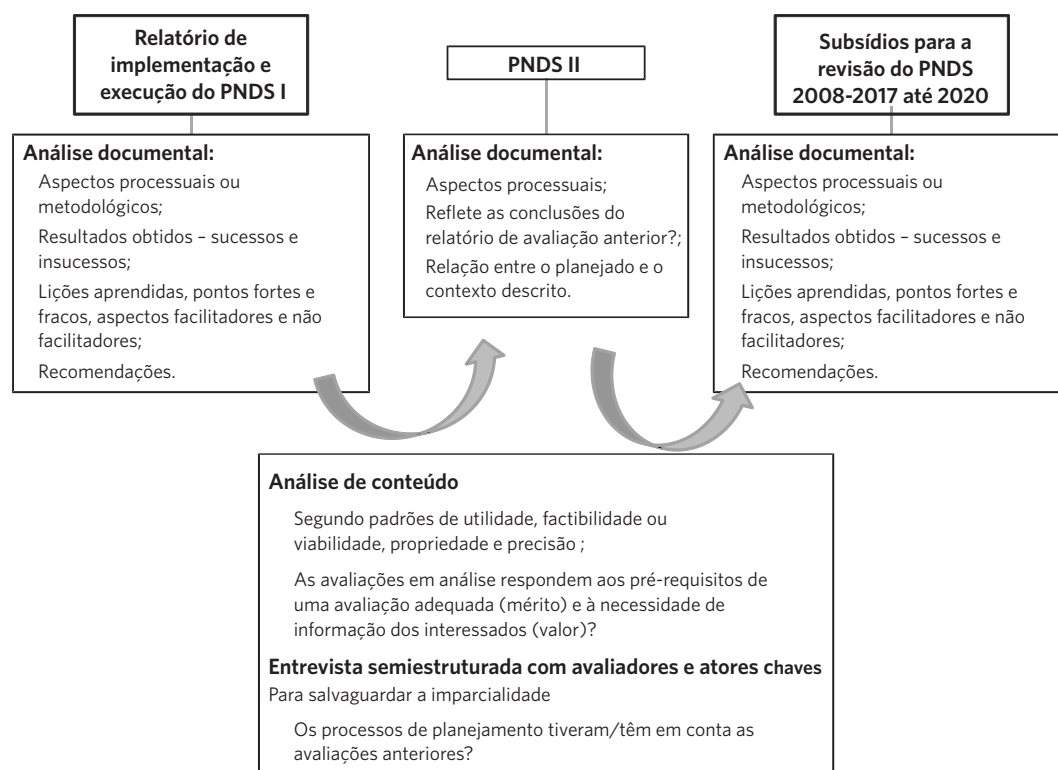
PRINCÍPIO	PADRÃO	DEFINIÇÃO TEXTUAL
UTILIDADE Atende às necessidades de informação das partes interessadas	Credibilidade do avaliador	As avaliações devem ser conduzidas por pessoas qualificadas que estabeleçam e mantenham a credibilidade no contexto da avaliação.
	Clareza dos relatórios	Os relatórios de avaliação devem descrever claramente o programa avaliado, incluindo o seu contexto e os propósitos, procedimentos e conclusões da avaliação, de forma a prover informações essenciais que sejam facilmente entendidas.
	Impacto da avaliação	As avaliações devem ser planejadas, conduzidas e divulgadas de forma a estimular o seu acompanhamento por parte dos interessados, potenciando a possibilidade de uso dos resultados da avaliação.
FACTIBILIDADE ou VIABILIDADE A avaliação é realista, realizada sem gastos desnecessários, potenciando a eficácia e a eficiência da avaliação.	Procedimentos práticos	Os procedimentos de avaliação devem ser práticos, a fim de evitar perturbações no momento da coleta de informações.
	Viabilidade contextual	As avaliações devem reconhecer, monitorar e equilibrar os interesses e necessidades culturais e políticas de indivíduos e grupos. A avaliação deve ser planejada e conduzida de forma a antecipar os diferentes posicionamentos dos diferentes grupos de interesse, conseguindo a cooperação de todos.
PROPRIEDADE A avaliação é conduzida eticamente, com respeito pelos envolvidos.	Avaliação completa e justa	As avaliações devem fornecer descrições completas dos principais pontos positivos, limitações e conclusões do programa avaliado, possibilitando a valorização dos aspectos de sucesso e a correção de falhas existentes.
	Disseminação de resultados	Os responsáveis pela avaliação devem assegurar que todas as partes interessadas, afetadas ao processo avaliativo, e aquelas com direito legal tenham acesso aos resultados da avaliação na sua totalidade, a menos que tal acesso viole as obrigações legais e de propriedade.
	Conflito de interesses	As avaliações devem, de forma aberta e honesta, identificar e abordar conflitos de interesses reais ou percebidos que possam comprometer a avaliação.
PRECISÃO Divulga e transmite informação sobre o valor ou mérito dos programas avaliados com a devida validade.	Análise de contexto	O contexto no qual o programa está inserido deve ser descrito com o detalhamento necessário para que suas possíveis influências no programa possam ser identificadas.
	Descrição de propósitos e procedimentos	Os propósitos e procedimentos da avaliação devem ser descritos de forma clara e monitorados para que sejam facilmente identificados e examinados.
	Fontes de informação confiáveis	As fontes de informação usadas na avaliação devem ser descritas em detalhe, de forma a permitir a análise de adequação da informação coletada.
	Conclusões justificáveis	As conclusões de uma avaliação devem ser explicitamente justificadas para que possam ser analisadas pelos principais interessados ou afetados pela avaliação ou pelo programa.
	Imparcialidade dos relatórios	Os procedimentos para elaboração de relatórios deverão incluir métodos que previnam possíveis distorções causadas por sentimentos ou vieses pessoais, a fim de que os relatórios reflitam de forma justa os resultados da avaliação.

Aplicou-se uma escala quantitativa de 0-10 a cada um dos padrões, pela qual os valores 9 e 10 correspondem a ‘excelente’; 7 e 8, a ‘muito bom’; 5 e 6, a ‘bom’; 3 e 4, a ‘fraco’; 0 a 2, a ‘crítico’. Procedeu-se depois à requalificação por princípio de avaliação em ‘Insatisfatório’, ‘Aceitável’ e ‘Satisfatório’, de acordo com as avaliações percentuais <33,3%, 33,3%-66,6% e >66,6%, respetivamente^{13,17,19}. Para a atribuição da classificação por padrão e, portanto, obtenção do valor por princípio de meta-avaliação, foi efetuada a análise de conteúdo¹⁴ dos relatórios de avaliação disponíveis.

Procurou-se, também, perceber até que ponto os resultados das avaliações efetuadas foram ou estão sendo utilizados em

intervenções subsequentes, tendo-se procedido à análise de conteúdo do documento de planeamento que se seguiu à avaliação efetuada – o PNDS II. A informação obtida foi complementada por meio da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com avaliadores e outros atores-chave na matéria. Por ser um processo dinâmico que decorre do momento, com a elaboração do PNDS III, as entrevistas tiveram também por objetivo obter subsídios sobre o processo de planeamento, concretamente sobre a utilidade e impacto das avaliações anteriores. Porque um dos avaliadores esteve ou está envolvido no planeamento, uma das entrevistas teve também por fim salvaguardar a imparcialidade. A metodologia utilizada encontra-se sintetizada na *figura 1*.

Figura 1. Mapa metodológico



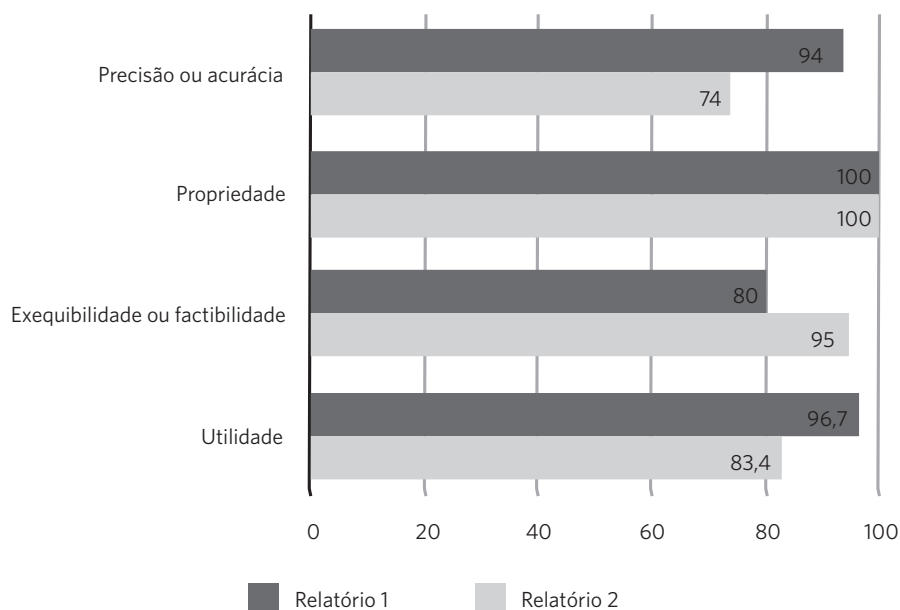
Resultados e discussão

Comparando relatórios de avaliação

Da meta-avaliação efetuada por padrões,

é possível verificar que, com respeito aos quatro princípios – utilidade, exequibilidade ou factibilidade, propriedade e precisão ou acurácia, ambas as avaliações apresentam a classificação ‘satisfatório’ por obterem score superior a 66,6% (*figura 2*).

Figura 2. Aplicação dos princípios de meta-avaliação (%)



Indo ao detalhe de cada um dos padrões avaliados (*figura 3*), conclui-se que ambos os relatórios apresentam um caráter de excelência para vários padrões, ou seja, para ‘credibilidade do avaliador’; ‘impacto da avaliação’; ‘viabilidade contextual’; ‘avaliação

completa e justa’; ‘disseminação de resultados’; ‘conflito de interesses’; ‘análise de contexto’ e ‘conclusões justificáveis’. Para os padrões alusivos ao ‘princípio de propriedade’, verifica-se a excelência de ambos os relatórios.

Figura 3. Avaliação por padrão de meta-avaliação

		R1	R2	
Utilidade	Credibilidade do avaliador			Excelente Muito Bom Bom Fraco Crítico
	Clareza dos relatórios			
	Impacto da avaliação			
Exequibilidade ou Factibilidade	Procedimentos práticos			
	Viabilidade contextual			
Propriedade	Avaliação completa e justa			
	Disseminação dos resultados			
	Conflito de interesses			
Precisão ou Acurácia	Análise do Contexto			
	Descrição de propósitos e procedimentos			
	Fontes de informação confiáveis			
	Conclusões justificáveis			
	Imparcialidade de relatórios			

Os quadros 2, 3, 4 e 5 descrevem a justificativa para a atribuição das classificações aos padrões definidos.

Quadro 2. Princípio de Utilidade, avaliação por padrões

Princípio de Utilidade		Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II	
Padrão	Valor de classificação	Justificação	Valor de classificação	Justificação	Obs.
Classificação	R1=29 = 96,7%	Classificação final: Satisfatório	R2=25 = 83,4%	Classificação final: Satisfatório	
Credibilidade do Avaliador	10	A coordenação da equipe de avaliadores detinha amplo conhecimento da realidade contextual e do processo de implantação do PNDS I.	10	O avaliador acompanhara o processo de redação e implantação do PNDS II, detendo amplo conhecimento da realidade contextual. <i>"O fato de eu conhecer o PNDS II e o contexto da sua implantação é uma vantagem"</i> , refere o avaliador.	
Clareza dos relatórios	10	O relatório descreve claramente o programa avaliado, incluindo o contexto, os propósitos, procedimentos e conclusões da avaliação.	5	Relatório muito extenso, falha na sistematização da informação, pouca referenciação. Introdução muito extensa. Descreve objetivos e o contexto de forma clara. Conclusões bem explícitas, mas procedimentos definidos sem muita clareza.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Impacto da Avaliação	9	A avaliação foi acompanhada pelos interessados localmente, membros do Minsap. O posterior processo de planejamento do PNDS II <i>"teve por base não apenas o relatório de avaliação da implementação do PNDS I como também uma consultoria externa da OMS Genebra [...]"</i> . A coordenação da equipe de avaliadores do PNDS I <i>"foi sendo consultada ao longo do processo [...]"</i> .	10	Apesar de ter lugar num período conturbado da história da RGB, uma vez que <i>"no período da avaliação houve três ministros da saúde diferentes e nenhum deles estava em condições de poder tomar decisões"</i> , todo o processo <i>"foi muito apoiado pelo diretor nacional de saúde pública"</i> . O processo de avaliação <i>"permitiu o diálogo entre parceiros e dirigentes do Minsap"</i> , bem como <i>"a percepção dos tipos de adaptações que deveriam ser feitas para que pudesse finalmente ser implantado"</i> - foi um documento que sustentou a opção tomada depois de não reformular o PNDS II, mas de redigir um novo plano - o PNDS III.	Informações obtidas com recurso das entrevistas realizadas.

Quadro 3. Princípio de Factibilidade ou Viabilidade, avaliação por padrões

Princípio de Factibilidade ou Viabilidade					
Padrão	Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II		Obs.
	Valor de classificação	Justificação	Valor de classificação	Justificação	
Classificação	R1=16 = 80%	Classificação final: Satisfatório	R2=19 = 95%	Classificação final: Satisfatório	
Procedimentos práticos	7	Embora muito claramente definidos no documento de relatório de avaliação, e, portanto, bem definidos numa fase de preparação da avaliação, os procedimentos demonstraram ser de difícil implantação no momento da avaliação no terreno. Foram elaborados em Lisboa, com base no documento de PNDS I, do qual se pretendia avaliar a implantação. Porém, ocorreria uma guerra civil e “ao chegar ao terreno, os dados para calcular os indicadores definidos tinham desaparecido”. Os procedimentos demonstraram não ser tão práticos como poderiam parecer por se encontrarem desajustados da realidade local no momento da avaliação.	9	Apesar de os procedimentos não se encontrarem descritos com clareza no relatório, com recurso da entrevista com o avaliador, foi possível verificar que responderam às necessidades avaliativas e se enquadraram no então difícil contexto vivido no país e no setor da saúde. “A avaliação foi conduzida num contexto muito difícil [...]. Devido à desorganização existente, eu mesmo tornava a iniciativa de telefonar e marcar as reuniões [...]. Procurava confrontar a informação que obtinha nas reuniões e entrevistas com os dados quantitativos aos quais conseguia ter acesso”. Da entrevista, conclui-se que os procedimentos foram práticos e permitiram obter os dados que estão na gênese do documento avaliativo, sendo que, é falho o registo dessa abordagem procedimental.	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.
Viabilidade contextual	9	“O pedido de avaliação vem do Minsap e não de algum dos financiadores ou parceiros”, não se excluindo a existência de diferentes grupos de interesse no programa em avaliação. Processo avaliativo apoiado e motivado pelo Minsap.	10	“O objetivo foi o de tentar ouvir o maior número de dirigentes nacionais possível, não apenas os do Minsap como também os institucionais, os programáticos, os regionais. [...] Ouvi também os financiadores, pois a sua perspectiva é muito importante. Foi ainda possível conduzir um processo de discussão, houve sessões plenárias entre dirigentes da saúde e parceiros do setor [...]”.	Informações obtidas com recurso das entrevistas realizadas

Quadro 4. Princípio de Propriedade, avaliação por padrões

Princípio de Propriedade					
Padrão	Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II		Obs.
	Valor de classificação	Justificação	Valor de classificação	Justificação	
Classificação	R1=30 = 100%	Classificação final: Satisfatório	R2=30 = 100%	Classificação final: Satisfatório	
Avaliação completa e justa	10	Os capítulos 4 e 5 do relatório debruçam-se exclusivamente sobre a descrição dos pontos positivos, limitações e conclusões do programa avaliado, deixando o capítulo 5 algumas sugestões e recomendações.	10	Nos capítulos 3 e 4, o relatório de avaliação descreve pontos positivos, limitações e conclusões do programa avaliado de forma clara, deixando recomendações para futuro.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Disseminação de resultados	10	Conhecidos no relatório aqueles que solicitaram a avaliação e que dela participaram, foi validada em contexto de entrevista a disseminação integral dos resultados aos mesmos.	10	Conhecidos no relatório aqueles que solicitaram a avaliação e que dela participaram; foi validada em contexto de entrevista a disseminação integral dos resultados aos mesmos.	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.

Quadro 4. (cont.)

Conflito de interesses	10	No sumário executivo do documento de avaliação, descreve-se a equipe de avaliadores, sendo clarificada a não existência de conflitos de interesse. Informação validada em contexto de entrevista com os avaliadores.	10	A estreita relação do avaliador com o programa em análise poderia levantar questões de conflitos de interesse. Porém, no sumário executivo, ficam claros os objetivos da avaliação e o papel do avaliador nela. O avaliador refere, em contexto de entrevista: <i>“O fato de eu conhecer a realidade e de estar envolvido ajudou-me a fazer a ponte entre a realidade vivida e o objetivo da avaliação da qual fui protagonista, apenas isso”</i> .	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.
------------------------	----	--	----	---	--

Quadro 5. Princípio de Precisão ou Acurácia, avaliação por padrões

Princípio de Precisão	Relatório Avaliação PNDS I		Relatório Avaliação PNDS II		Obs.
	Valor de classificação	Justificação	Valor de classificação	Justificação	
Classificação	R1=47 = 94%	Classificação final: Satisfatório	R2=37 = 74%	Classificação final: Satisfatório	
Análise de contexto	10	No capítulo 1 do relatório, o contexto encontra-se bem definido e analisado, percebendo-se sua influência nos resultados apresentados no capítulo próprio.	10	O contexto encontra-se amplamente definido no capítulo 1, com particular destaque para o planejamento estratégico em saúde.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Descrição de propósitos e procedimentos	10	Estão claramente descritos no capítulo 2 os objetivos e procedimentos avaliativos previstos, sendo depois claramente descrita a forma como foram implantados.	5	No sumário executivo e no capítulo 2, objetivos e métodos, há uma definição dos objetivos de forma clara, embora os procedimentos não se encontrem descritos com clareza. Há referência a fontes de dados, mas não há detalhe na descrição dos procedimentos de captura de informação, não sendo possível examinar os passos dados ou repeti-los.	Informação obtida apenas na análise documental dos relatórios de avaliação.
Fontes de informação confiáveis	10	São definidas com clareza as fontes de dados, consideradas adequadas por serem intervenientes na implantação do PNDS ou por serem documentos relevantes relacionados com o plano em análise.	7	Embora as fontes de informação estejam identificadas e sejam adequadas ao processo avaliativo em questão, dado o contexto de instabilidade política vivido, “não foi possível chegar a obter dados de todos os intervenientes previstos”. Não é possível fazer a monitoria do acesso às fontes inicialmente previstas por ausência de informação no relatório (ver procedimentos, padrão anterior).	Informações complementares alusivas ao relatório II obtidas com recurso das entrevistas realizadas.
Conclusões justificáveis	10	As conclusões foram enquadradas no contexto e permitem uma análise prospectiva dos resultados. <i>“Tentamos ir além dos indicadores, tentamos relacionar com os ODM [Objetivos de Desenvolvimento do Milênio]”</i> .	10	As conclusões foram enquadradas no contexto e permitem uma análise prospectiva dos resultados. Do trabalho, resultam recomendações que podem ser utilizadas em processos de planejamento em saúde futuros.	Informações complementares obtidas com recurso das entrevistas realizadas.

Quadro 5. (cont.)

Imparcialidade dos relatórios	7	Embora se creia, com base nas entrevistas, que os avaliadores tenderam a ser imparciais na avaliação realizada, não se encontra descrita no relatório de avaliação alguma estratégia ou método que previna distorções causadas por sentimentos ou vieses pessoais, sendo que a descrição detalhada dos procedimentos avaliativos concorre para a imparcialidade. <i>“Pretendemos transmitir o que tinha de ser dito e fazê-lo de forma a criar como que uma alavanca, reconhecendo o que não havia sido feito, percebendo o que era preciso fazer”</i> , refere um dos avaliadores.	5	Embora se creia, com base na entrevista, que o avaliador tendeu a ser imparcial na avaliação realizada, não se encontra descrita no relatório de avaliação alguma estratégia ou método que previna distorções causadas por sentimentos ou vieses pessoais. Esse fato é agravado pela pouca clareza na definição dos procedimentos avaliativos. <i>“Eu não concordo com algumas recomendações que deixo. Elas resultam e refletem o que foi dito durante as entrevistas realizadas”</i> , sublinha o entrevistado, salvaguardando a imparcialidade.	Análise feita sobretudo com base nos relatórios, atenuada por dados obtidos em entrevista com os avaliadores.
-------------------------------	---	---	---	--	---

A excelência da ‘análise de contexto’ em ambos os relatórios de avaliação é reveladora da estreita relação dos avaliadores com o objeto em estudo. Porém, considerando aspectos processuais e metodológicos, o relatório referente ao PNDS I sobressai sobre o relatório PNDS II. Em ambas as avaliações, é feita uma análise muito bem contextualizada da realidade vivida na RGB, sendo que o relatório intercalar de subsídios para a revisão do PNDS II, embora defina os propósitos em que este é feito, não descreve de forma clara os procedimentos do processo avaliativo, não permitindo, por exemplo, sua replicação por outra equipe de avaliadores. Pressupondo que o avaliador recorreu a fontes de informação confiáveis, estas não são identificáveis no relatório nem descritas com detalhe. A imparcialidade dos relatórios é possível se os procedimentos para elaboração dos relatórios incluírem métodos que previnam possíveis distorções causadas por sentimentos, opiniões ou vieses pessoais¹⁸. Sobretudo no relatório intercalado de subsídios para a revisão do PNDS II, não são descritos os métodos que previnem distorções, aflorados na primeira avaliação, quando os procedimentos avaliativos são descritos com maior detalhe.

Verifica-se, entretanto, que o objetivo desse segundo processo de avaliação não foi o de efetuar a avaliação final da implantação de um plano ou programa, mas o de obter subsídios para a tomada de decisão sobre a reformulação

ou nova elaboração de um PNDS para a RGB. Assim sendo, o impacto de tais falhas é suavizado pelo próprio objetivo da avaliação.

Considerando o padrão ‘procedimentos práticos’, conclui-se que, em relação à avaliação de implementação do PNDS I, esses procedimentos, embora estejam bem descritos e pareçam práticos de implementar, evidenciam algum risco de implementação se considerarmos o contexto da situação vivida pela RGB na data da avaliação. Segundo os avaliadores, para a avaliação da implantação do PNDS I,

os procedimentos foram definidos em fase anterior ao deslocamento até a RGB, tendo sido feita a planificação exaustiva do processo avaliativo e seus procedimentos, incluindo, por exemplo, o cronograma de coleta de informação.

O trabalho de preparação da avaliação foi feito sem um conhecimento integral, da realidade vivida então na RGB, que diferia daquela em que fora redigido o PNDS. Afinal, entre a redação do PNDS I e a avaliação da sua implantação ocorrera uma guerra civil com amplas consequências para o setor da saúde. Segundo um dos avaliadores entrevistados, no momento da avaliação, sucedeu que:

Levávamos uma estrutura de avaliação e ao chegar ao terreno os dados para calcular os indicadores definidos tinham desaparecido. Aqueles objetivos

tinham deixado de fazer sentido. Houve um retrocesso, faltava tudo. Faltavam os RH, os recursos farmacológicos, as infraestruturas. Tivemos de adaptar a estrutura da avaliação àquele novo contexto.

Para o mesmo padrão ‘procedimentos práticos’, o segundo relatório apresenta a sua descrição de forma mais limitada no corpo do texto, sendo que o avaliador na entrevista realizada esclarece a forma como implantou a avaliação, adaptando os procedimentos à realidade contextual vivida no momento:

A avaliação foi conduzida num contexto muito difícil. No período da avaliação, houve três ministros da saúde e nenhum deles estava em fase de poder tomar decisões. A avaliação foi acompanhada por um dos diretores nacionais, muito apoiado pelo diretor nacional de saúde pública. Devido à desorganização existente, eu mesmo tomava a iniciativa de telefonar e marcar reuniões. O objetivo foi o de tentar ouvir o maior número de dirigentes nacionais possível, não apenas os do Minsap como também os institucionais, os programáticos, os regionais. Ouvi também os financiadores, pois a sua perspectiva é muito importante. [...] Foi ainda possível conduzir um processo de discussão, houve sessões plenárias entre dirigentes da saúde e parceiros do setor [...]. Procurava confrontar a informação que obtinha nas reuniões e entrevistas com os dados quantitativos a que pude ter acesso.

Considerando o padrão ‘clareza dos relatórios’ – segundo o qual os relatórios devem descrever claramente o programa avaliado, incluindo seu contexto e propósitos, procedimentos e conclusões da avaliação, de forma a prover informações essenciais que sejam facilmente entendidas¹⁸ –, o relatório referente à avaliação e implantação do PNDS I é mais claro que o relatório intercalado de subsídios para a revisão do PNDS II. Salvaguardada essa assimetria pelo objetivo do processo avaliativo, importa ressaltar que ambos os relatórios são de excelência no que concerne à justificativa das conclusões encontradas, de forma a que possam ser analisadas e utilizadas posteriormente, conferindo

ao padrão ‘conclusões justificáveis’ avaliação de excelência para ambas as avaliações.

Finalmente, com relação ao padrão ‘avaliação completa e justa’, verifica-se que estão elencados em ambos os relatórios não apenas os pontos positivos e limitações como também sugestões baseadas a análise profunda do contexto, numa abordagem realista dos pontos fracos e na valorização dos pontos de sucesso de cada um dos PNDS.

Ilustrando o descrito, no relatório de avaliação do PNDS I, pode-se, por exemplo, ler:

Pode-se, assim, concluir que os serviços de saúde [...] continuam a não assegurar cuidados e qualidade [...] embora em alguns casos se verifique uma ligeira melhoria e um esforço mensurável de dotar o País de infraestruturas de saúde. É preciso, contudo, pensar no futuro e nesse sentido sugerimos [...]. A colaboração intersetorial e o estabelecimento de parcerias ficaram aquém do que se esperava, pelo que é necessário [...].

No mesmo sentido, no relatório intercalado de subsídios para a revisão do PNDS II, lê-se, por exemplo:

De uma forma simplista, houve progressos importantes em dois eixos do PNDS [...], alguns progressos mal sustentados em quatro eixos [...] e em dois eixos resultados francamente insatisfatórios [...]. Apesar da instabilidade política que meneou sua implantação e execução, o PNDS II teve o mérito de se manter como o documento orientador do setor da saúde e de contribuir para alguma estabilidade de um setor essencial para o desenvolvimento da sociedade guineense. [...] Como recomendações finais, damos prioridade às seguintes [...].

Indo ao encontro do segundo objetivo desta meta-avaliação, verifica-se que tais avaliações foram amplamente levadas em conta no processo de planejamento que se lhes seguiu. Quanto à utilização de seus dados, na fase de planejamento, as sugestões deixadas pela avaliação anterior foram também levadas em conta tanto na elaboração do PNDS II como do

PNDS III. Os relatórios de avaliação foram, em ambos os momentos, documentos-chave para o processo de planeamento. *“O resultado das avaliações de implantação dos PNDS foram e são amplamente considerados nos processos de planeamento em saúde”*, refere um dos atores-chave entrevistados. Outro ator-chave refere, ao abordar o processo de elaboração do PNDS II, que *“a avaliação anterior foi levada em conta, os comitês foram criados com base nas recomendações constantes no documento de avaliação”*. Abordando o processo de PES que resultou na elaboração do PNDS III, um dos entrevistados esclarece: *“com base no relatório de avaliação da implementação do PNDS II é que foi tomada a decisão de redigir um novo plano, de começar de novo”*.

Refletindo sobre os resultados

A relação dos avaliadores com os planos avaliados e com o processo de PES na RGB merece da nossa parte franco interesse e cuidado, procurando por um lado verificar a imparcialidade e, por outro, garantir a credibilidade desta meta-avaliação, com base no fato de que cada estudo avaliativo é passível de ser tendencioso. As decisões que um avaliador toma sobre o que examina – métodos, instrumentos, grupos a ouvir etc. – influenciam o resultado da avaliação²¹. Os mesmos autores referem que a própria história pessoal do avaliador, suas preferências, sua experiência afetam a forma de conduzir o estudo. Nesta meta-avaliação, tal realidade tornou-se um fato evidente, embora, na medida do possível, a imparcialidade tenha sido salvaguardada, garantindo a credibilidade por meio da metodologia seguida, a qual foi conforme à literatura consultada. O fato de terem sido considerados nesta meta-avaliação não apenas o conteúdo dos relatórios como também as informações obtidas de avaliadores envolvidos diretamente e de outros com alguma externalidade, de usuários das avaliações e de atores-chave

com diversas funções em PES permitiu uma meta-avaliação participativa, enriquecendo os resultados obtidos²¹.

Uma avaliação precisa ser útil para aqueles que a encomendam e que nela têm interesse²². Ao longo de ambos os processos avaliativos, os avaliadores referem ter tido tal preocupação sempre subjacente. Por exemplo, perante a realidade da disparidade de contexto em que fora elaborado o PNDS I e em que decorreu a avaliação da sua implantação, um dos avaliadores referiu que *“O grande desafio foi transformar situações avaliadas não desejáveis em contributos para o crescimento daquele país”*.

Ao se fazer nesta meta-avaliação a verificação da utilização posterior dos dados de avaliação de ambos os processos em análise, foi-se ao encontro de um dos grandes desafios da meta-avaliação, que era o de verificar em que medida os resultados foram utilizados, sendo a avaliação tão mais útil quanto mais usada posteriormente²².

Verifica-se que, na RGB, a avaliação da implantação da estratégia nacional em saúde descrita no PNDS é um dos passos do PES, melhor dizendo, o primeiro do processo de planeamento.

Tendo consciência de que a avaliação não consegue ficar isenta das agendas de desenvolvimento^{26,27}, o processo avaliativo da implantação do PNDS como etapa de planeamento foi, segundo os avaliadores entrevistados, *“amplamente discutido com os parceiros”*. Segundo quem o viveu na primeira pessoa, apesar das exigências contextuais marcadas pela instabilidade política que se vivia nos períodos em que decorreram as avaliações em análise, *“foram trabalhos muito interessantes porque foram feitos numa perspectiva formativa”*. Como salienta um avaliador, referindo-se à avaliação de implementação do PNDS I:

Nós, equipe de trabalho, discutimos, inclusive, a forma de redação do relatório para que não fosse interpretado em forma de sanção pelo que não se havia cumprido, mas, sim, dando um estímulo, como que uma alavanca, para que, reconhecendo o que não

havia sido feito, se pudesse perceber o que seria necessário para que no futuro se conseguisse fazer.

As avaliações são parte integrante de um processo que, embora não espelhe progressos significativos em indicadores específicos, dado que o grau de implementação das estratégias definidas é reduzido, exemplifica um exercício de PES num EF, permitindo abrir caminho a uma convergência de visão.

Especificidade como elemento diferenciador – a importância do contexto guineense

Um dos entrevistados sintetiza uma ideia-chave desta meta-avaliação quanto à especificidade das avaliações analisadas como parte integrante do processo de PES na RGB:

Com este processo de avaliação e planeamento, criou-se no Minsap uma cultura de planificação. Podemos questionar o porquê desse desejo sempre presente de planejar, quer em nível da saúde global no País quer dos programas verticais, e o como se viabilizou a instalação desta cultura num cenário de tanta instabilidade contextual, como é o da RGB. Eventualmente, por influência dos parceiros, sobretudo financiadores, de quem existe tão forte dependência. O certo é que a RGB, no nível do setor da saúde, pode não ter competência para os processos de planificação e implantação, mas estes têm uma forte expressão.

A fragilidade do Estado na RGB, com tudo o que esta implica em termos de contextualização do País, emerge como padrão de especificidade^{18,25}, ou seja, o fato de a RGB apresentar características de EF e de análise de contexto ter sido amplamente considerada nas avaliações efetuadas permite caracterizá-las como detentoras de mérito e de valor, uma vez que são avaliações adequadas e respondem às necessidades de informação dos interessados. A

ampla consideração do contexto guineense na realização das avaliações em análise leva ainda à reflexão sobre a adaptação das metodologias de avaliação ao contexto onde é feita.

Avaliações bem planejadas e executadas são particularmente importantes em países com instituições frágeis e populações vulneráveis²⁸. Sendo a avaliação um esforço desafiador e empolgante, deverá criar conhecimento confiável e útil por meio de práticas críveis e perspicazes²⁸. Verifica-se, porém, que é impraticável uma receita única para avaliação - muitos dos princípios de avaliação, pressupostos e práticas que se desenvolveram em países altamente desenvolvidos são considerados inadequados para contextos menos desenvolvidos²⁹. Em nível global, existe uma preocupação crescente com o fato de que uma abordagem de avaliação padronizada de acordo com o modelo de avaliação ocidental nem sempre é apropriada em contextos culturais e de desenvolvimento distintos²⁹.

Considerando concretamente os países em desenvolvimento, verifica-se a preponderância de atores externos, como a comunidade de doadores, na formalização da prática de avaliação. Essas abordagens orientadas pelos doadores são causadoras de insatisfação e têm levado à reflexão sobre a necessidade de adequar e adaptar estratégias de avaliação a diferentes contextos socioculturais, políticos, econômicos e ecológicos²⁷. Segundo os mesmos autores, tal reflexão é motivada pelo pressuposto de que a metodologia é sensível ao contexto.

No que se refere ao Continente Africano, constata-se que até a década de 1980, a avaliação foi em grande parte impulsionada por atores internacionais, sendo que, ainda nos nossos dias, as avaliações na África são, sobretudo, encomendadas por partes interessadas não africanas, que compreendem principalmente doadores internacionais ou agências de desenvolvimento que administram ou financiam programas de desenvolvimento no continente²⁹.

Embora o desejo de conferir relevância cultural à avaliação esteja atualmente no centro do discurso sobre avaliação, tentativas globais de implantar práticas culturalmente sensíveis

ainda não conseguiram integrar as vozes africanas³⁰. Perante a constatação de que o atual paradigma de avaliação ocidental não é sempre aplicável ao contexto africano, emergem, na comunidade de avaliadores, argumentos a favor de um paradigma de avaliação orientado para a África que seja mais adequado às condições, culturas e instituições africanas²⁹.

Essa reflexão desafia aqueles que acreditam em processos de avaliação orientados unicamente por indicadores quantitativos que negligenciam o que é menos tangível. Por outro lado, reforça a necessidade de enquadramentos institucionais que facilitem abordagens participativas e reconheçam os sistemas de valor que apoiam a avaliação e apelam aos Estados para que recorram à avaliação para melhorar a natureza de suas abordagens de governança²⁸. A comunidade de avaliadores defende acordos entre o governo, a sociedade civil e as empresas para permitir a reflexão sobre o mérito e o valor das avaliações e promover o seu uso²⁸.

Em suma, urge considerar o contexto, e nele a cultura dos povos, como uma parte inegavelmente integrada nos diversos contextos de avaliação e, portanto, parte integrante da avaliação. A cultura está presente na avaliação, não apenas nos contextos em que os programas são implantados como também nos projetos desses programas e na abordagem ou métodos que os avaliadores optam por utilizar³⁰.

Conclusões

Mediante a existência de dados de avaliação da implantação dos documentos de orientação estratégica nacional para o setor da saúde na RGB, os PNDS, realizou-se uma meta-avaliação. Deste trabalho, é possível tirar ilações sobre a qualidade metodológica e processual de cada uma das avaliações analisadas, contribuindo, assim, para que as avaliações futuras possam cumprir cada vez mais a excelência de procedimentos. As maiores contribuições, porém, prendem-se à conclusão evidente da relação entre avaliação e planejamento e à

relação com a especificidade dessas avaliações, realizadas em um Estado africano classificado como frágil.

Este trabalho deixa o desafio de aprofundar a temática do PES na RGB, lendo a sua história no contexto dos EF. Por outro lado, o fato de os dados de avaliação serem utilizados em planejamento abre a curiosidade para olhar para processos específicos que emergem das avaliações e planificações, como é o caso, por exemplo, da formação de recursos humanos da saúde.

Os PNDS criaram no Minsap uma 'cultura de planificação' amplamente motivada pelos financiadores do setor. Esses documentos acabaram por ser a referência em cenários de instabilidade, demonstrando estar a montante de quem governa, resistindo às adversidades e focando os desafios da sustentabilidade do setor da saúde da RGB.

Há que se sublinhar que, provavelmente pelo amplo conhecimento que os avaliadores detinham sobre a realidade da RGB, as avaliações foram ao encontro do desafio atual de introduzir na análise a questão dos contextos e espaços culturais em que a pesquisa avaliativa ocorre, considerando-os parte integrante da definição metodológica da avaliação.

Como advertência para processos futuros em que isso não seja intuitivo, fica a reflexão sobre a necessidade de olhar para as avaliações como empreendimentos complexos influenciados profundamente tanto pelo contexto como pelas pessoas envolvidas; conjugar os propósitos de uma avaliação com as reais necessidades e prioridades das partes interessadas é essencial para garantir a utilização dos resultados da avaliação no sentido de fundamentar a tomada de decisão.

Colaboradores

Guerreiro CS contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, e para a elaboração do rascunho e versão final do manuscrito. Ferrinho P contribuiu para a concepção,

planejamento, revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Hartz Z contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, da revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

A Fernando Cupertino pela preciosa colaboração na revisão ortográfica do artigo. ■

Referências

1. Guiné Bissau. Ministério da Educação. Relatório do estado do Sistema Educativo para a reconstrução da escola da Guiné-Bissau sobre novas bases. 2015.
2. Messner JJ. Fragile States Index 2015. Washington: The Fund for Peace; 2015.
3. Newbrander W, Waldman R, Shepherd-Banigan M. Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states. *Disasters*. 2011; 35:639-660.
4. McPake B, Witter S, Ssali S, et al. Ebola in the context of conflict affected states and health systems: case studies of Northern Uganda and Sierra Leone. *Confl Health*. 2015; 9:23-32.
5. World Health Organization. The impact of global health initiatives on health systems [internet]. Geneva: WHO; c2018 [acesso em 2018 ago 23]. Disponível em: <http://www.who.int/alliance-hpsr/researchsynthesis/project3/en/>.
6. Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2008.
7. Organização Mundial da Saúde. Estratégia de cooperação da OMS com os países, 2009-2013: Guiné-Bissau. República do Congo: OMS; 2008.
8. Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1998-2002. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 1998.
9. Fronteira I, Ferrinho F, Dussault G, et al. Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau. Relatório de Avaliação Final, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta; 2007.
10. Guiné-Bissau. Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional. Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015. Guiné-Bissau: Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional; 2011.
11. Ferrinho P. Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até

- 2020 - apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um roteiro para a sua revisão. Guiné-Bissau; 2015.
12. European External Action Service. Terra Ranka: A Fresh Start for Guinea-Bissau. Guiné-Bissau: EEAS; 2015 [acesso em 2017 out 26]. Disponível em: https://eeas.europa.eu/headquarters/headquarters-homepage_en/2105/Terra.
 13. Hartz ZMA. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma nova saúde pública. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(4):832-834.
 14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
 15. Flick U. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor; 2005.
 16. Marconi M, Lakatos E. *Fundamentos de metodologia científica*. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2007.
 17. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.
 18. Hartz ZMA. Principles and standards in metaevaluation: guidelines for health programs. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11(3):733-738.
 19. Hartz Z, Goldberg C, Figueiro AC, et al. Multi-strategy in the Evaluation of Health Promotion Community Interventions: An Indicator of Quality. In: Potvin L, McQueen DV, Hall M, et al. *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. New York: Springer; 2008. p. 253-267.
 20. Machado TR, Chaise RM, Elliot LG. A meta-avaliação como instrumento de qualidade nas Políticas Públicas: o Programa Segundo Tempo. *Rev Meta Aval*. 2016; 8:1-20.
 21. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(3):695-705.
 22. Elliot LG. Metaevaluation: from approaches to possibilities of application. *Aval Pol Públ Educ*. 2011 out-dez; 19(73):941-964.
 23. Yarbrough DB, Shulha LM, Hopson RK, et al. *The Program Evaluation Standards: a guide for evaluators and evaluatin users* [internet]. 3. ed. Thousand Oaks: Sage; 2011 [acesso em 2017 nov 15]. Disponível em: <http://www.jcsee.org/program-evaluation-standards-statements>.
 24. Hartz Z, Felisberto E. *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
 25. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
 26. Craveiro I, Hartz Z. A equidade na investigação avaliativa com foco na cooperação em Saúde para o desenvolvimento. *An Inst Hig Med Trop*. 2017; 16(supl):S31-S38.
 27. Carden F, Alkin MC. Evaluation Roots: An International Perspective. *J Multidiscip Eval*. 2012; 8:102-118.
 28. Fanie Cloete, Babette Rabie, Christo de Coning. *Evaluation Management in South Africa and Africa*. [Sem local]: SUN MeDIA Stellenbosch; 2014.
 29. Cloete F. Developing an Africa-rooted programme evaluation approach, *African J Public Affairs* [internet]. 2016; 9(4):55-70 [acesso em 2017 dez 6]. Disponível em: <http://repository.up.ac.za/handle/2263/59022>.
 30. Chilisa B, Major TE, Gaotlhobogwe M, et al. Decolonizing and Indigenizing Evaluation Practice in Africa: Toward African Relational Evaluation Approaches. *Can J Program Eval*. 2016; 30(3):313-328.

Recebido em 02/03/2017

Aprovado em 16/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve


ANEXO VIII – Can the deterioration of health workforces in post-conflict states be halted?
Insights from Guinea Bissau on the nature and evolution of its persistent crisis - Artigo
publicado na Revista Human Resources for Health

RESEARCH

Open Access



Can we halt health workforce deterioration in failed states? Insights from Guinea-Bissau on the nature, persistence and evolution of its HRH crisis

Giuliano Russo^{1,2*} , Enrico Pavignani³, Catia Sá Guerreiro¹ and Clotilde Neves⁴

Abstract

Background: Guinea-Bissau is one of the world's poorest and least developed countries. Amid poverty, political turmoil and state withdrawal, its health workforce (HW) has been swamped for the last four decades in a deepening crisis of under-resourcing, poor performance and laissez-faire.

Methods: The present study aimed at analysing the human resources for health (HRH) situation in Guinea-Bissau in light of the recent literature on distressed health systems, with the objective of contributing to understanding the ways health workers react to protracted turmoil, the resulting distortions and the counter-measures that might be considered. Through document analysis, focus group discussions, 14 semi-structured and 5 in-depth interviews, we explored patterns as they became visible on the ground.

Results: Since independence, Guinea-Bissau experienced political events that have reflected on the healthcare arena and on the evolution of its health workforce, such as different coup attempts, waves of diaspora and shifting external assistance. The chronic scarcity of funds and a 'stable political instability' have lead to the commercialisation of public health services and to flawed mechanisms for training and deploying health personnel. In absence of any form of governance, health workers have come to own and run the health system. We show that the HRH crisis in Guinea-Bissau can only be understood by looking at its historical evolution and at the wider socio-economic context. There are no quick fixes for the deterioration of HRH in undergoverned states; however, the recognition of the ingrained distortions and an understanding of the forces determining the behaviour of key actors are essential premises for the identification of solutions.

Conclusions: Guinea-Bissau's case study suggests that any policy that does not factor in the limited clout of health authorities over a effectively privatised healthcare arena is doomed from the start. Improving health system governance and quality of training should take precedence over expanding HRH. A bloated and ineffective workforce must be managed through incentives rather than administrative orders, in order to improve skills and productivity against higher remuneration and better working conditions. Donor support might be crucial to trigger positive changes, through realistic and sustained investments.

Keywords: Human resources for health, Health systems under stress, Guinea-Bissau health system, Commoditised health markets, Health care in undergoverned countries, Health workforce crisis

* Correspondence: g.russo@qmul.ac.uk

¹International Health and Biostatistics Unit, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Rua da Junqueira 100, Lisbon, Portugal

²Centre for Primary Care and Public Health, Queen Mary University of London, 58 Turner street, London E12AB, United Kingdom

Full list of author information is available at the end of the article



Introduction

Human resources for health (HRH) has long been recognised as a critical component of any health system [1], due to their large financial implications [2] and the way they shape its functioning. In situations of conflict and prolonged governance disarray, health systems get critically distorted, with consequences lasting well into the years after the end of turbulence [3]. The health workforce gets particularly affected by violence, as its numbers in the field decrease, professionals are victims of attacks and migrate, their skills decline, while accelerated and unplanned training may expand the supply of underqualified health personnel [4].

Attempts have been made in the past to conceptualise post-war health recovery and human resources for health [5], with the objective of identifying the support needed to overcome the flaws induced by protracted stress [6]. A review of the HR field [7] concluded that while aspects such as supply, education and recruitment have been investigated in post-conflict situations, others such as deployment and governance have not been adequately covered. Some have explored political economy aspects of human resources for health and of related policies [8–10], as well as the role of human resources for health in the state-building process following an armed conflict [11]. The complex remuneration of health workers, generated by multiple activities in undergoverned contexts, have also attracted the interest of scholars [12, 13].

Where the state is absent, underfinanced or plainly failed, the applicability of widely held concepts is called into question. The conventional view of a national health system covering a clearly demarcated territory managed by recognised health authorities does not apply to many healthcare spaces multiplying in the global South [3, 14]. Thus, standard health policy and planning tools fall short of capturing the complexities of distressed systems, not least because of the paucity of reliable health and systems data in such circumstances [4].

Guinea-Bissau offers itself to scrutiny as one of the poorest and most dysfunctional states in the world. Unlike other equally derelict countries, possibly due to its small size, marginal strategic value and lack of natural resources, Guinea-Bissau and its health system have received little attention from the press, the international community and academia [15]. The present study aimed at analysing the HRH situation in Guinea-Bissau in light of the recent literature on health systems in fragile states, with the objective of identifying the key forces shaping the development of its health workforce, the resulting distortions and the counter-measures to be considered.

Background

Swamped in political instability, underdevelopment and stalled economic growth since its independence [16],

Guinea-Bissau exemplifies the state that, far from having ‘failed’, has never really functioned as expected [17]. During the last 40 years, the country has experienced socialist rule, civil war and prolonged political and military unrest, until becoming a hub for international drug smuggling routes [18]. The latest military coup in connection with the 2012 presidential elections came to shake once again the precarious balance of power; after the 2014 elections, a recognised government is currently in place [19]. In 2014, the country was ranked 176th out of 187 in the UN Human Development Index [20, 21] with the poverty headcount ratio at 69.3% in 2010—up from 64.7% in 2002.

Guinea-Bissau has a small economy, with a gross domestic product (GDP) of just above 1 billion USD (550 USD-PPP per capita). Economic growth averaged 2.5% in the last 5 years, although following the resumption of donor financing after the latest *coup d'état* and thanks to sustained international prices for cashew nut—the country's key export—the economy expanded by 5.1% in 2015 [22]. Net Overseas Development Assistance accounted for 10.6% of the gross national income and financed 46% of public spending. Dominated by non-tax sources, such as customs duties and fishing licenses, internal revenues represented 14% of the country's wealth. In 2015, the wage bill accounted for 51% of the government budget [23].

Total health spending is estimated at 5.6% of GDP, with just 21% supported by public funds, and out-of-pocket expenditures representing 62% of private contributions [20]. The Ministry of Public Health (MoPH) was allocated 8% of government budget in 2015, with salaries taking up 72% of public health expenditures [23]. It is a shared opinion that Guinea-Bissau's future fiscal position does not bode well for its poverty reduction plans.

Life expectancy in Guinea-Bissau is estimated to be 55.8 for women and 52.8 for men, with under 15-year-olds representing 42% of its population [21]. The country's epidemiological profile is dominated by poverty-related communicable diseases, such as respiratory infections, malaria, AIDS (prevalence of 3.9%) and tuberculosis [24]. Successive multiple indicators surveys have shown a substantial reduction in infant mortality in the last decade, estimated in 2014 to be around 55/1000; 32% of under five children were found to be underweight. Some recent UN estimates put maternal mortality at 900/100 000 [24]. The country's health system structure has changed little in the last 40 years, with a wide base of basic health units supported by community health workers and traditional birth attendants, health centres staffed by civil servants, primary health services organised around outreach programmes, five regional hospitals with some surgery capacity and one central hospital located in the capital city—the Simão Mendes Central Hospital [25, 26]. Overall health

coverage was estimated to be 34% in 2010, down from its pre-war level of 40% [27].

Despite recent attempts to revitalise its health system, health indicators are sagging, while its already shaky health workforce is deteriorating further [28]. In 2015 almost 27 956 assisted deliveries and 171 135 ante-natal care visits were recorded for a population of 1.5 million (Table 1 below). Just 2221 Caesarean sections were performed, 66% of which in the capital city area; during the same year, just 1.4 new admissions were recorded per surgical bed, 5.1 for obstetric and 2.6 for general medicine ones.

The methodology used

We started from the assumption that, because of its key exogenous and endogenous shaping factors, a health workforce acquires specific features—the distortions—which are essentially similar to what is observable in other distressed contexts, even if the mix and intensity of each are distinctive of the country under analysis (Fig. 1). Crucially, the boundaries between formal and informal workers active in such health workforce are often blurred, and it is hard to acquire a firm idea of its true size [29].

Through document analysis, focus group, semi-structured and in-depth interviews, we aimed at assessing the presence and combination in the Guinea-Bissau case study of the aspects observed in other troubled settings, such as (a) the empty void vs. crowded space characterisation [14], (b) the commercialisation of health services [30], (c) the influence

of different forms of multiple employment [31], (d) resource flows into the system [10], (e) inconsistent engagements of foreign organisations in the health arena [32], (f) poor quality of training, (g) diverse qualifications of health personnel [33], (h) over-recruitment for political purposes, (i) imbalanced distribution of personnel, (l) failed past attempts to reform the sector [9], (m) inflated payrolls and (n) the influence of the diaspora on the labour market.

Data collection and data analysis

Published and unpublished documents in Portuguese and English from the 1970s and 1980s were first reviewed on (a) the historical and political crisis in Guinea-Bissau, (b) the Guinea-Bissau health system and its evolution, (c) health policy documents and (c) health systems under stress. PubMed, Scopus, Google Scholar and EconLit databases were searched for terms such as ‘Human Resources for Health AND Crisis’, ‘Guinea Bissau AND Health’, ‘Conflict AND Human Resources’, ‘Portuguese-speaking African countries AND Human Resources for Health’, ‘Diaspora AND Human Resources for Health’, ‘Health systems AND Post-war Reconstruction’. The World Bank and WHO health databases and UNICEF MICS across several years were used as data sources.

Data on the characteristics and deployment of the current health workforce of Guinea-Bissau and on training outputs were obtained from the MoPH’s National Directorate for Human Resources (DNRH) and from the National School of Health (ENS). An original Excel database was built containing information on sex, age,

Table 1 Public health system selected in-patient and outpatient activity indicators (2015, 12 months)

Province	Population	Mother and child care				In-patient surgical care		In-patient obstetric care		In-patient general medicine care	
		Assisted delivery	Caesarean sections	Complications-related transference	Antenatal visits	Admissions	Beds capacity for the specialty ^a	Admissions	Beds capacity for the specialty ^a	Admissions	Beds capacity for the specialty ^a
Bafatá	214 541	3257	228	267	25 217	103	156	2194	286	3941	1034
Bijagos	23 728	452	0	11	3315	1009	96	124	54	669	393
Biombo	99 364	2257	37	209	13 708	225	1	1792	99	2164	401
Bolama	10 900	169	0	4	942	0		26	108	291	487
Cacheu	197 634	3121	138	386	24 116	203	394	1024	569	2286	1055
Farim	51 545	847	4	139	7329	13		781	80	604	253
Gabú	219 586	3681	135	249	28 212	168	188	2322	277	906	135
Oio	178 348	2350	147	392	19 400	11	157	288	213	1206	862
Quinara	64 909	896	0	75	6554	45	61	712	345	2253	777
Greater Bissau (SAB)	389 918	9345	1467	451	29 707	1338	1130	9535	1582	10 177	3493
Tombali	97 282	1581	65	114	12 635	67	85	1190	296	1614	1059
Total	1 547 754	27 956	2221	2297	171 135	3182	2268	19 988	3909	26 111	9949

Source: INASA (2016): Boletins mensais de 2015

^aNumber of beds available are not cumulative, as these are used and separately counted for different specialties

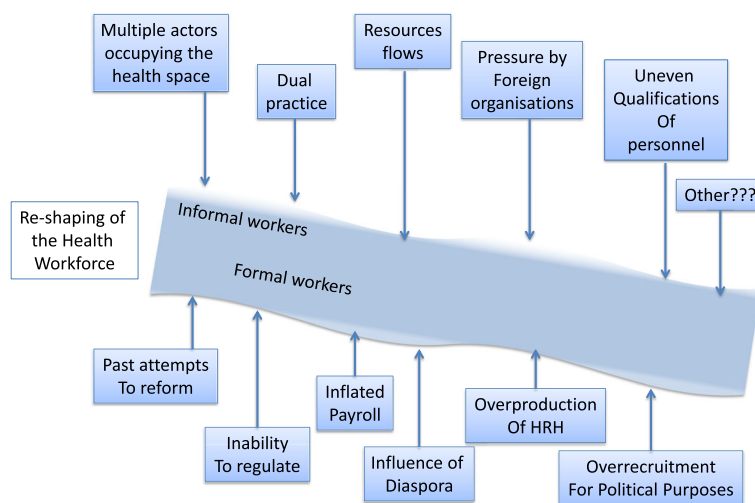


Fig. 1 Conceptual framework to understand the evolution of Guinea-Bissau's health workforce through shaping factors and ensuing distortions

category, current deployment and remuneration for each individual health worker currently employed in the health sector.

An inception focus group [34] was conducted with five health officials purposively selected by and among the country's current ENS training institution in Bissau to brainstorm ideas on the evolution of the health workforce since independence, on the key distortions and shaping factors, and on potential informants for the interviews. Fourteen semi-structured [35] and 5 work and career history in-depth interviews [36, 37] were conducted in Lisbon, Bissau and Bolama districts by two researchers. Key informants were selected among policy-makers, government officials, health workers and international health organisations personnel and identified through a snowball technique. Interviews were stopped when saturation point was reached for the key themes.

The semi-structured interviews touched on (1) the interviewee's appraisal of the current HRH situation in Guinea-Bissau, (2) his/her opinion/knowledge on its evolution, (3) identification of key turning points that modified the HRH along the last decades, (4) personal perceptions of key problems and (5) probing the key distortions identified from the literature (see the Interview Guide in Appendix 1). Work history interviews explored health workers' experience of entering the health system, his/her recruitment, training, deployment, current and past work routines and sources of revenues (see Work History Guide in Appendix 2).

Interviews were conducted in Portuguese between February and March 2016. Semi-structured interview lasted for between 45 and 90 min. In-depth life story interviews lasted for over 2 h. They were all audio-recorded and analysed for contents, according to the shaping factors and distortion categories identified in

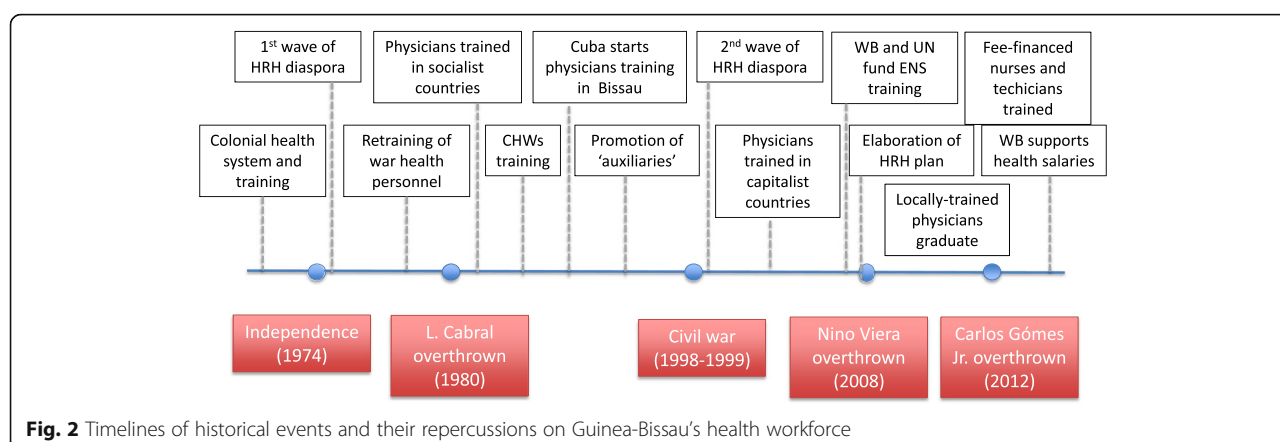
the literature; then, they were traced and triangulated across interview groups; finally, a narrative of events was constructed for the evolution of the crisis, stakeholder influences, dominant distortions and their combination. Individual informants were asked to confirm specific narratives during the paper's writing-up to ensure internal validity.

Results

Evolution of the health workforce

As with other African countries, in colonial Guinea-Bissau, health services were essentially curative and hospital-based, designed around the needs of the white population residing in or visiting the country [38]. Physicians and other senior cadres were either from Portugal and Cape Verde, while lower-level health workers were trained locally in the main healthcare institutions. With independence from Portugal in 1974, the totality of foreign physicians and a considerable proportion of older Guinean nurses fled the country, attracted by the prospect of claiming retirement benefits from the new Portuguese State, in what was identified by the interviewees as the first wave of health workers' diaspora (Fig. 2).

Re-training and integration of war health auxiliaries—known as *socorristas*—started in 1976 in the Nhala and successively in the Bolama training schools. Because of the connections created during the liberation struggle, the then-USSR and Cuba offered to Guinea-Bissau medical training scholarships, with the objective of filling the void left in the health system by the decolonisation process. The 1980 coup overthrowing first president Luís Cabral was seen as a sea change for Guinea-Bissau towards a market-oriented economic model; for many interviewees, this shift impacted on the motivation of health workers to serve in



the public sector (see the 'Commercialisation of public services' section).

Community health workers (CHWs) were trained in the 1980s by European non-governmental organisations (NGOs) [39], and their utilisation was consolidated in connection to the launch of the Bamako Initiative in the country, a revolving drug fund scheme aimed at financing healthcare provision [40]. The National Health School (ENS) was established between 1992 and 1995 in Bissau, with the objective of training and upgrading nurses and health technicians, while the local university started training physicians with Cuban support. In this short period, the World Bank and UN agencies funded HWs' training (Fig. 2).

A first attempt to define a HRH plan was carried out in 1996, with the aim of consolidating the gains of a primary care-oriented strategy previously implemented [41]. However, the 1998–1999 civil war buried the feeble progress made in health workforce development in the previous 25 years. Amid security concerns, those who could fled the country, in what was identified by our interviewees as the 2nd HRH diaspora wave. Recently trained senior cadres left, aided by a relaxation of hosting requirements set by the international community for refugees.

[...] in the first diaspora it was mostly elder nurses who left, but now it was physicians, managers and senior government officials.... We were left with nobody to run the [health] system. Policy-maker-003.

The practice of referring patients for care abroad—with a health worker accompanying his/her ailing patient—became common, representing a corridor for physicians desperate to leave their beleaguered country. Training abroad, however, did not stop during the war years, and many of the senior doctors these days in key government positions received their education in that period, mostly in European universities.

After successive coups and election rounds, João Bernardo (Nino) Vieira established himself as the country's strongman in 2004; this event brought back funds and international support for the health sector. The Cuban Brigade returned to train physicians in Bissau in 2005, with the World Bank funding the restructuring of ENS, its mid-level training courses, and the development of the second National Plan for Human Resources Development (PNDRH II) through 2008 [42]. When Nino Vieira was assassinated, the country was hurled back into political turmoil, with the international community focussing more on peace building than on health service provision [19].

The first locally trained physicians started graduating and entering the health system in 2013, and the ENS began to run nursing and technical courses funded exclusively through student fees. The economy started to grow again, in particular in the capital city Bissau Autonomous Area, today home to a third of the country's population [20].

Key forces shaping the development of the Health Workforce in Guinea-Bissau

Scarcity of funds and political instability emerged as the two key forces shaping human resources for health in Guinea-Bissau between independence and modern days. In absolute terms, markedly little money is currently allocated to health salaries by the state budget; the total wage bill for the 2173 employees in the health sector in 2015 was XOF216 million per month (US\$393 392). Remarkably, the State only pays for healthcare-related salaries, with all other expenses (medicines, goods and services, investments) being partially covered by external funds and by health facilities' own revenues. Incomplete data on external assistance combine with absent information on the user fees paid to obscure true financing levels.

Together with education workers, public jobs in the health sector are widely considered privileged in comparison to other civil servants, having been protected against cuts. Health employees' average salary was US\$169 per

month in 2015, with nurses paid on average US\$177, physicians US\$291 and specialists US\$380 [43]. Salaries are typically paid with considerable delays—although with arrears—and it is considered the norm for new recruits to receive their first payments only 1 year after starting the post. Failure to pay regular salaries to health workers was mentioned as one of the causes of recent strikes. After the latest contested election results, the World Bank agreed in 2014 to provide earmarked funds for health personnel expenditures from its Social Protection programme, in a move intended to avoid health workers walk-outs, decrease the rising tension and minimise the risk of civil unrest. The state's inability to provide for its employees was seen by many as one of the key weaknesses of the system.

If you cannot even pay for salaries, you're not a State; you are just an added coach to the World Bank's train! Government official-001

Health and education payrolls were cleaned and consolidated between 2014 and 2015, and a new personal bank account-based payment system introduced to eliminate ghost workers in these sectors, the two largest public employers. However, the World Bank's support to personnel expenditures was terminated for alleged management irregularities and for the government's failure to avoid health workers' walk-outs in December 2015.

The term 'political instability' (PI) was called upon by all our interviewees as the major determinant of the country's current situation, with pervasive ramifications for the health workforce. Since independence, the country has experienced 18 coup attempts, and recently, three health ministers were changed in as many years [28]. HRH development is forcibly undermined by such constraint. Additionally, domestic turmoil provokes donor reactions, in turn affecting the resources allocated to healthcare provision. On the other hand, the ritual invocation of PI offers a convenient screen behind which health workers adopt questionable behaviours, and managers abstain from sanctioning them.

The term 'political instability' was used loosely by our informants, at times employed to refer to the phenomenon of governance failure, and other times to describe its consequences. At least five different interpretations of this concept were identified, namely:

- a. Political instability as the recurring turnover of politicians, policy-makers and mid-level managers, which would prevent policies being upheld, and plans implemented. Therefore, such officials could not be held responsible for carrying out demanding tasks and for taking initiatives. The awareness of the limited time they are likely to spend in office breeds

short-termism among government officials, who therefore dedicate their efforts to seize low-hanging fruits in the best of case, or to get access to public resources in the worst.

- b. PI as disruption of financing flows, as after each coup attempt or civil unrest public sector salaries and foreign-sponsored health programmes get interrupted—this was described by one informant as 'turning off the tap when the situation cyclically deteriorates'.
- c. PI as an inherent vulnerability of all public institutions, exposed by the slightest of adverse events, coupled by an incapacity to put up a response at any level—a sort of systemic vulnerability ('[.....] our country's like a patient without his immune system: any issue turns into a disease'. Health worker-005.
- d. PI as lack of economic development stemming from the country's weakness. At times used as an excuse for anything wrong in Guinea-Bissau, some of our informants explained that '.... patients don't have the money to pay for [user] fees because of the political instability'. Health worker-002. Poverty, and the state frailty induced by meagre tax yields, is therefore conflated with turbulence, a manifestation of, as well as an aggravating factor for state withdrawal.
- e. PI as inability of the government to exert power by controlling, monitoring and evaluating the application of the rule of law and frequently being itself an egregious violator of it.

International aid in the health field has changed considerably in direction and intensity over the years, first inspired by geopolitical motives in the years following independence, and more recently motivated to a large extent by global security and drug smuggling control concerns [19]. The development of the national health workforce has been swayed by the Portuguese former colonial power offering refuge to professionals during the two diaspora waves, as well as by the ideologies and technical expertise of those former communist bloc countries—particularly Cuba—offering opportunities for training abroad first, and then creating capacity for training physicians locally. Far from remaining a domestic process, HRH development has been affected by multiple international forces. This crucial aspect, regularly missed by traditional policy and planning approaches, is becoming the norm in an increasingly globalised world, particularly in small countries with open borders [44].

Lower-level training has been intermittently supported by UN agencies and the World Bank, as well as by a short-lived attempt in the 1980s by the Dutch cooperation

to train Community Health Workers [39]. Because of the comparatively limited interest and involvement of bilateral international agencies with successive governments, non-government organisations have traditionally played a substantial role in health service delivery in Guinea-Bissau. Faith-based organisations—particularly those linked to the Catholic Church—were among the few to remain in the country during the war years; they are still considered one of the few providers of quality services in the country, particularly those in the capital city area.

More recently, the international aid community has withdrawn from funding HRH training; it is however striking how donors have adopted diverse positions in the Guinea-Bissau's health arena, ranging from the European Commission's decision to unilaterally withdraw from engaging public health institutions, to the World Bank earmarking of salary funds for the social sectors. NGOs—particularly Portugal-based ones—have since thrived, ready to occupy the space and funding previously channelled to activities carried out by the national government; the large EU-funded Integrated Mother and Child Health Programme is largely managed through NGOs contracts.

For Guinea-Bissau, aid dependency translates into accepting donor agendas, with their proliferating priorities, changing fashions and de-contextualised decision-making. Some of these agendas have heavily shaped domestic developments and not always in the way expected by aid agencies. The Bamako Initiative is illustrative of such pattern; its impact on the health workforce, and in turn on access to health care and on its quality, cannot be ignored.

Commercialisation of public services

Together, the forces described in the previous section have commoditised healthcare provision, as witnessed in healthcare arenas as diverse as Cambodia [45], Lebanon [46] and Somalia [47]. It is an open secret in Guinea-Bissau that fees are charged for any kind of health care. Statutory fees—and respective exemptions—are defined for specific services and drugs, with the stated objective of recovering drug costs and providing health facilities with a management fund; but in practice, such fees have been hijacked by health professionals, with charges reported to be erratic, arbitrary and at times unreasonable. While this ubiquity of illegal charges was recognised for the comparatively prosperous capital city area [31], our interviews revealed the practice to be thriving also in the poorest rural areas.

[...] No sir, this is the way it works here [in Bolama]: treatment for uncomplicated malaria is worth XOF7,000 [\$12.72], complicated malaria cases [involving intravenous drips and second line treatment] twice

as much, and a Caesarean section in Simão Mendes Central Hospital is XOF37,000 (\$63.3). Health worker-001.

As no financial system seems to be in place to truly recover the costs of the resources used by the facilities—apart for the Bamako Initiative-inspired drug revolving funds through which health care units purchase their drugs at subsidised prices from the central drug store—revenues from charges are entirely captured and managed by health workers acting as managers ('No money goes back to Bissau, just the [health statistics] data'. Health worker-002).

Unaffordable charges were identified as the true reason behind low service utilisation in the poorest rural regions. While the existence of a flourishing folk medicine—divided between medical plants healers (*djambakôs*), Islamic faith therapists (*mouros*) and shamans (*curandeiros*)—is documented for Guinea-Bissau [48], little evidence was found of informal health practitioners for the poorest rural areas. For the comparatively richer and more dynamic Bissau area, informal drug stores (*boutiques*) were reported as often recruiting health workers from the public service to offer a sort of 'medicines cum informal consultation' service.

This system of informal charges was touted to be so institutionalised among health professionals and users alike, to be taken for granted as the official way of supplementing meagre and irregular salaries in poor regions and to make a decent living in the more expensive capital city. The health workers interviewed declared seeing the issue of charges as intimately related to their low and erratic remuneration. Many declared feeling 'abandoned' by the State, which barely pays for salaries, but leaves health professionals fending for themselves for recurrent expenses. As a result, many stated having to turn into managers to use these unofficial resources to run public services, purchasing drugs, hiring local support staff and paying for transport and maintenance. Predictably, informants did not mention the portion of fees they pocket.

....with that money you have to first pay for drugs. Then you pay for petrol and small maintenance repairs. Then you pay for the 'locally contracted' staff. But as this month the money is tight, I have already told them they will have to wait for next month to be paid. Health worker-003.

As no effective inspection system is in place, the nature and extent of charges and mark-ups were reported to depend exclusively on the goodwill (and creativity) of the most senior officials in charge, on their ability to enforce those charges, and on the market to take the price.

I am not against the health service charges, but to me the real shame are the 'fines' some health workers charge

Table 2 Evolution of the health workforce between 1996 and 2016, by categories

Category	1996	2007	2016
Physicians	165	104	264
Nurses	357	300	1027
Midwives	67	177	141
Technical staff	276	199	244
Support	417	642	98
Other (aux.)	1043	696	399
Total	2325	2118	2173

Sources: PNDS I (1997), PNDS II (2008), DNRH (2016)

to those women who do not deliver in the health centre, or do not bring their kids to get a jab. NGI-001.

Although complaining about meagre public earnings, as well as the distance from the capital city, health workers seemed to have adjusted to the current living conditions, allocating time to other daily chores and alternative profit-generating activities.

...I wake up very early every day. Before going to work I have to procure 'mafé' [a meal's protein ingredient accompanying the staple rice dish] for my family's dinner. Then I go to work. Now that it's the cashew nut harvest time I have to leave early to check on the workers tending my trees. HW-002.

Commercialisation pervades the healthcare arena beyond the fees charged for the services provided. Professional training has been turned into a business, offering another manifestation of the same process, as described in the next section.

Distortions in HRH training and deployment

The public health sector currently officially employs 2173 workers in Guinea-Bissau, of which 264 physicians and 1027 nurses. In relation to the served population, there were 1.7 physicians and 11.5 health workers per 10 000 inhabitants in 2016. Over the recent years, the impact of the war-related diaspora on the workforce has been noticeable, particularly in terms of the loss of skilled cadres between 1996 and 2007 (Table 2).

Although on balance, the health workforce has been relatively stable during the last two decades, progress has been registered in terms of the upgrade of auxiliary health personnel, and of the reduction of support staff in favour of training general nurses and physicians [41, 49]. While the overall number of physicians has grown by 37.5% in 20 years—enough to offset the significant decrease registered in the post-war years—the nurses

employed in the public system experienced an almost threefold increase in the last decade.

Interestingly, despite the lack of resources and low service utilisation, additional support staff is often recruited locally, including non-health personnel, retired technical staff or recently qualified health workers waiting to be appointed. These health workers tend to escape reporting, both in relation to their presence and remuneration.

...yes, I worked here as a lab technician for over 40 years. When I retired, I offered to continue supporting the health centre with my expertise. But with the new [bank-based] payment system I stopped receiving my salary, and I receive payments irregularly, depending on the tasks I carry out. HW-004

In 2016, 60% of all health workers were female, although women represented only 31% of physicians. The nurse to physician ratio was 3.89 for the whole country, quite a balanced, although unplanned one. The ratio of combined nurse, auxiliary nurse and midwife to physician was 4.84, with substantial differences between the ratios in the capital city (3.05) and remote rural areas such as Quínara e Bijagós (16.00 and 14.67, respectively).

Although staff distribution is heavily influenced by distribution of hospital beds, substantial geographical imbalances emerge, as 51% of all physicians, and 40% of all nurses are still based in the Bissau Autonomous area, home to just 25% of the country's population. Populous regions such as Bafatá and Gabú show a systematic disadvantage in the deployment of all types of health personnel in favour of the Bissau and neighbouring Biombo areas (Table 3).

Arbitrary deployment was widely reported to be a key issue; although attempts have been made to establish a Deployment and Transfer Commission defining rules and standards to allocate new personnel to health regions according to needs, distributing health workers remains a largely opaque process, subject to political pressures and trading practices.

...we are trying to set standards, rules and procedures, but so far the commission has not met regularly, and if we receive a request from high-up to transfer somebody to Bissau, we have no way of saying no. Health official-002.

Staff deployment driven by the motivations of health workers rather than health service needs is a widespread phenomenon [50], only more visible in an undergoverned healthcare arena. Compounding the frailty of management structures, the inadequate enticements offered to staff reluctant to accept hardship posts cannot redress the strong forces at play. Moreover, health authorities short on

Table 3 The officially recorded Health Workforce in Guinea Bissau, by category and regional deployment (2016)

Category	S.A.B. Bissau		Other provinces		Total	
	No.	As % of total (%)	No.	As % of total (%)	No.	As % of grand total
Population	389 918	25	1 157 836	75	1 547 754	100
Specialised physicians	15	54	13	46	28	1
General practice physician	119	50	117	50	236	11
Other higher education personnel	128	80	33	20	161	7
Nurses	409	40	618	60	1027	47
Midwives	75	53	66	47	141	6
Technical staff	147	60	97	40	244	11
Auxiliary	39	74	14	26	53	2
Auxiliary nurses	50	45	61	55	111	5
Administrative personnel	58	78	16	22	74	3
Support staff	59	60	39	40	98	5
Grand Total	1099	51	1074	49	2173	100

Source: DNRH (2016). Locally-recruited cadres not included in this count

relevant information could not conceivably decide about actual service needs.

Health personnel training increased dramatically between 2009 and 2015, with the reformed ENS graduating 1125 health cadres [51], against the few hundreds projected by the PNDRH, and the local Faculty of Medicine graduating in excess of 100 general physicians with the support of the Cuban Brigade. The training of nurses in particular has expanded, despite failing to receive any external or state fund—with 829 new nurses over 7 years. Since 2009, recurrent expenditures for such courses have been supported exclusively by student fees, in the Bissau main training school as well as in its southern outposts (*polos de formação*), these latter now discontinued. Despite the relatively high fees (approximately US\$500 over the 2-year course), such courses were reported to be routinely oversubscribed.

For every nursing course we have 100 openings, but at times we receive over 2000 applications! [...] - but the quality of such applicants is not good – sometimes we have to lower the minimum grade accepted, and go down to 9 grades [out of 20]. Policy-maker-005.

Physicians are both trained abroad and locally, through the Cuba-supported local Faculty of Medicine; more recently, two private medical schools started operating in Bissau, although programmes and facilities are still to receive accreditation from the MoPH, and one of the schools was shut down for irregularities in 2016.

The majority of the interviewees identified quality of training as a pressing concern. Although training curricula were reformed and updated, factors like (a) applicants' education level, (b) poor competence of teachers, (c) high

teachers to students ratios and (d) sub-optimal practice sites, were cited as key constraints.

The new nurses we get here sometimes can't read and count properly, not to mention mastering the basics of clinical care. The old ones that should teach them have already gained too many bad habits, and are plainly not interested in passing on their expertise. NGI-001.

Local church and NGO representatives working with clinical personnel claimed to have needed to retrain the health workers assigned by the MoPH before employing them in their own facilities, for lack of the required skills.

No Ministry of Health (MoH) in-service training programme exists for updating and developing the skills of the national personnel, with the initiative left to NGOs and international agencies, launching specific training programmes as they see fit. At the MoH level, supervision is the responsibility of the underfunded Central Inspectorate Unit, consisting of one senior official and two support staff. Regional Health Directorates are also charged with conducting inspection visits to their health facilities, but no specific budget lines are made available for this purpose.

Discussion

This study of Guinea-Bissau's health workforce not only confirmed many of the attributes found elsewhere in undergoverned countries but also presented original features worth highlighting. Privatisation from within, commoditisation of health care, privately-sustained production of health workers, are some of the recognisable characteristics Guinea-Bissau shares with other countries

displaying underfunded health systems in severe disarray [29]. Such developments occurred against an official back-drop of public health provision, with health professionals eager to enter the civil service, and health authorities keen to offer jobs and other related perks. However, the persistent scarcity of domestic funding and fluctuating external assistance have exposed such patterns in clear contours in Guinea-Bissau, setting it aside from other countries such as Angola, where oil revenues have allowed an unchecked expansion of the civil service, and Mozambique, whose health sector has been propelled by generous aid flows [33].

Political instability appears to be a key shaping force of Guinea-Bissau's domestic environment, whether this term is used to describe the government's inability to exert power, its fragility or the continuous disruption of resource flows. Rather than the exception, political instability has come to represent the norm for Guinea-Bissau: future attempts to revitalise the health sector will have to factor in this permanent turmoil, as the country has not really known any other form of operating since independence.

An extreme case of ungoverned health workforce is possibly what we witnessed in Guinea-Bissau. Left to their own devices, abandoned by their official employer, with little or no supervision, health workers have gradually become the real owners and operators of health services, run to their advantage and regardless of their worth to the users. Arguably, the Bamako Initiative has been appropriated as a convenient fig leaf behind which the commoditisation of healthcare provision has progressed, rather than providing a lifeline for cash-strapped health systems, as reportedly happened in other West-African countries [52, 53].

That health workers come to own an undergoverned health system has been recognised also elsewhere [54], although such crucial aspect is being inadequately considered in the policy and planning discourse. In Guinea-Bissau's case, civil service jobs represent one of the few opportunities in the country's tight formal labour market, which explains the willingness of prospective candidates to pay hefty fees for low-quality professional training. Health workers accept low and irregular salaries because these are probably the closest thing to a steady source of revenue. A public appointment is made more attractive by the freedom they enjoy to embark on an array of other profit-generating activities connected with their position.

As witnessed in other distressed contexts, such as the DR Congo [5], the health training system has grown spontaneously, fuelled by its own earning imperatives and market demand. As suggested for the DR Congo case, technical measures are unlikely to address the discussed shortcomings, nor will the health officials

presiding over (and benefitting from) them, be the committed enforcers of risky and controversial structural reforms [13].

Counter-intuitively, Guinea-Bissau's health workforce looks oversized - particularly once locally-contracted staff are considered—vis-à-vis its health service outputs and meagre domestic resources, present and forecast. The inevitable attraction of richer urban areas, rather than the absolute lack of health professionals, is the likely cause of HRH shortages in the poorer parts of the country. And such earning perspective motivates young people to acquire a healthcare qualification. The quality of the services provided by Guinea-Bissau's health professionals is inadequately studied, but it is likely to be substandard. The PNDRH provided an argument for the expansion, rather than for the regulation of the workforce [55]; but expanding a derelict health workforce without addressing its current faults is likely to make them more severe and irremediable.

Can anything be done to stop the deterioration of the health workforce in undergoverned countries like Guinea-Bissau? The scarcity of reliable information is striking, and the fluidity of the situation compounds matters, curtailing the shelf life of the available data; the MoPH (and the state administration at large) lacks the analytical, financing, legal and managements levers needed to intervene successfully in a field that has evolved spontaneously and now responds to market signals more than to administrative instructions. To offset such shortcomings, external assistance should be strategic and sustained overtime, which is seldom the case for fragile states [32].

What realistic steps should be taken to develop the health workforce in Guinea-Bissau, or at least to contain its deterioration? The recognition of the current picture is sorely needed—by national and international policy-makers alike; the image of a well-meaning, understaffed and underfunded public health system struggling to bring health services to the population needs debunking. Amid Guinea-Bissau's power vacuum and lack of employment opportunities, health workers have come to own the public health system and provide erratic, low-quality and payment-only services to make a living. In Guinea-Bissau's case, this is the 'elephant in the room' of its public provision of health care, and it is consistent to what observed elsewhere in similar circumstances [56, 57]; any assessment that does not confront such obvious although uncomfortable fact would generate misconceived reform attempts.

A rational approach to identify solutions in undergoverned states should start with the macroassessment over time of the resource envelope, which would usher in a discussion among stakeholders about what sort of health system could be envisioned [58], and in turn what kind of health workforce is needed. Present and future funding levels are likely to be meagre, which

weighs against the maintenance of a conventional, large public health service delivery structure. Investing available public resources in stewardship and regulation, while leaving service delivery to private providers, is conceptually appealing, but fraught with difficulties, as demonstrated by state administrations much stronger than the one under scrutiny.

Using carrots where no sticks are available. Subsidies might motivate key actors to change behaviour; unenforceable regulatory provisions will not, and may make matters worse. But effective incentives need an intimate knowledge of the market and prompt reactions to changing conditions. External financial assistance, already the source of the largest share of public resources, can in principle steer the healthcare arena in desirable directions, once the extent of privatisation and commoditisation is recognised and provided its inputs are used coherently in a long-term, firmly contextualised and strategic way. Aid could be used to motivate training institutions to raise quality standards against a reduction of enrolment numbers.

Affordability and workloads rather than international ratios (obviously beyond reach for a country as poor as Guinea-Bissau) should indicate the number of health workers to be trained. Hardship and productivity rewards would offset the progressive numerical slimming of the workforce. But better skills could not translate into better practice if the interplay of incentives remains negative, that is, if healthcare practice is conditioned by earning pressures. In principle, fewer pairs of competent hands could be paid better. Competitive salary levels could be introduced after severing health workers from the civil service. Turning healthcare structures into autonomous bodies would facilitate such a process.

Meanwhile, the registration of active health workers should be promoted, through tests awarding qualifications perceived as advantageous in the labour market, for instance by being preferred for recruitment by NGOs and charities. The resulting information would then be used for designing in-service and upgrading training programmes aimed at raising professional standards. Any HRH development plan should recognise the internationalisation of the health labour market and in turn the limits of domestic decision-making.

Conclusions

Guinea-Bissau offers a telling example of how a national health workforce can deteriorate under protracted stress. Analysing health systems in undergoverned states is particularly testing, given the informalisation of key aspects of healthcare provision and the subsequent unreliability of official data. The present study aimed at analysing the HRH situation in Guinea-Bissau in light of the recent literature on distressed health systems, with the objective of contributing to identifying the forces at play, the

resulting distortions and the counter-measures that might be considered. Through document analysis, focus group, semi-structured and in-depth interviews, we aimed at assessing how HRH react to protracted under-resourcing and mismanagement in the Guinea-Bissau settings.

Since independence, political turbulence has impacted on the evolution of the national health workforce, from the waves of diaspora following armed conflict and coup attempts, to subsequent mutually inconsistent rehabilitation programmes sponsored by aid agencies and their inevitable repercussions on the health market (Fig. 2). Chronic scarcity of funds and a 'stable political instability' emerged as two key forces shaping human resources for health in Guinea-Bissau for the last four decades. The commercialisation of public health services and flawed training and deploying mechanisms naturally ensued.

Solutions will always be hard to come by in situations similar to Guinea-Bissau's; however, the hard-nosed recognition of its ingrained, if embarrassing distortions, coupled with an understanding of the incentives at play, will be essential starting points. Analysing in some detail the functioning of this de-regulated market will offer indications to set up incentives enticing health workers to perform better. Supervision and in-service training will identify the most serious skill gaps to be addressed in order to deliver better care. Stronger and timely information will enable quick adjustments. Investments in local management capacity might be needed to offset the paralysis of central health authorities (and of the central state administration), which might be beyond repair.

Appendix 1

Interview questionnaire (in Portuguese)

Bom dia,

Somos uma equipa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, e estamos a realizar um estudo sobre os RHS na Guiné. O estudo visa entender as razões da crise atual, com vista a identificar possíveis soluções.

Ice-breaker

Quais são as suas funções atualmente?

Qual é (ou foi) o seu contacto com a área dos recursos humanos?

Qual é a sua opinião sobre a situação atual em que se encontram os RHS no país?

Na sua opinião, quais serão os 3 constrangimentos principais da força de trabalho da saúde neste momento?

Evolução histórica

1. Na sua opinião a situação era melhor ou pior antes?

2. Pode identificar as que considera serem as etapas marcantes da evolução dos RHS ao longo das últimas décadas?
 - i. Probe: Independência, Guerra, golpes de estado específicos etc.

Distorções-chave

Composição da força de trabalho

3. Na sua opinião, quando um doente procura serviços de saúde, para quem se dirigirá primeiro?
4. Quem são os prestadores de serviços de saúde fora das estruturas públicas?
 - a. Probe: Quem presta serviços de saúde nas zonas rurais e nos bairros?
5. Onde é que se poderão comprar medicamentos nas cidades e nas zonas rurais?
6. Que tipo de pessoal é que se encontrará no sector privado?
 - a. Probe: as qualificações e formação deles
7. E nos hospitais e centros de saúde público que tipo de profissional se encontrará?
8. Qual é a sua opinião sobre a qualidade dos profissionais que se encontram no público?
9. De que tipo de quadro é que se sente particularmente falta?
10. Porquê é que as vezes há pessoal formado que não se consegue colocar?

Comercialização dos serviços de saúde

11. Quanto é que o senhor/a acha que gasta em saúde por ano?
12. Quanto custa uma consulta/operação no público?
 - a. Probe: as cobranças ilegais e os medicamentos
13. Sai mais barato procurar no privado?
14. Quanto tipos de sector privado conhece?
 - a. Probe: áreas urbanas e rurais

Fluxos de recursos e financiamento no sector saúde

15. Onde é que as pessoas encontram o dinheiro para pagar os serviços de saúde?
 - a. Probe: remittances, empréstamos etc.
16. Os profissionais de saúde queixam-se que não recebem salários ao fim do mês; quem deveria paga-los?
17. E as ONGs e igrejas ajudam nisto? De que forma?

Pressões externas

18. Que doadores conhece específicos da área da saúde?
19. Conhece profissionais de saúde trabalhando para ONGs ou igrejas?

20. Que tipo de trabalho de saúde é que se faz nessas organizações?
21. Acha que as condições oferecidas aos trabalhadores são diferentes nessas organizações/igrejas?
22. No seu entender, porquê estas instituições atuam na área da saúde?

Situação política e saúde

23. De que forma acha que a situação política atual está a prejudicar os trabalhadores da saúde?
24. Os serviços estarão suspensos em algumas partes do país por causa da segurança?
25. O que acontece na zonas onde não há segurança aos serviços de saúde e aos trabalhadores?
26. Conhece algum plano de reforma da força de trabalho da saúde?
 - a. Probe: PNDRHS, porquê não foi implementado

Appendix 2

Work history interview guide

1. Tell me a bit about yourself? How did you come to work in the health field?
2. What kinds of jobs have you done in the past?
3. How did you get this job?
4. Where did you receive your training?
5. Where were you deployed after training? Probe: Did you accept the destination, or tried to have it changed?
6. How long have you been working here? *Probe for number of years or events that occurred when the participant started working in the facility.*
7. Given your position in this facility, please describe (briefly) what your roles and responsibilities are
8. Tell me about the different kinds of pay which you receive (probe: salary; allowances; user fees; payments from patients; incentives for deliveries; private business etc.).
 - a. Which ones are most valuable for you?
 - b. Why?
 - c. How do they change the way you work?
9. Apart from this job, do you have any other jobs/activities that you do/carry out as another source of income? Tell me about them
10. How do you feel about your current job? What do you like and dislike about it?
11. Are you planning to stay and work at this health facility? *If yes, probe for the reasons why. If no, probe for the reason why the participant may chose to move away from this work station.*
12. What plans do you have for your future career?

Abbreviations

CHW: Community health worker; ENS: National Health School; GDP: Gross domestic product; HRH: Human resources for health; HW: Health workforce; MoH: Ministry of Health; MoPH: Ministry of Public Health; NGL: Non-governmental institution; NGO: Non-governmental organisation; PI: Political instability; PNDRH: National Human Resources Development Plan; PNDS: National Health Sector Development Plan; SAB: Bissau City Autonomous Area; USD-PPP: Purchasing Power Parity American Dollars

Acknowledgements

The authors would like to thank all the people in Bissau, Bolama and Lisbon who made their time available to be interviewed and piece together the story of Guinea Bissau's health workforce. GR is indebted to Alvaro Alonso Garbayo for comments and suggestions to the study methodology. The paper benefitted from friendly comments and revisions by Mark Beesley and Markus Michael. The research was funded by an unrestricted grant by The Calouste Gulbenkian Foundation of Portugal.

Funding

The study is based on the findings from a study supported by an unrestricted research grant by The Calouste Gulbenkian Foundation, Portugal.

Availability of data and materials

The data that support the findings of this study are available from the Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Nova University of Lisbon), but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study, and so are not publicly available. Data are however available from the authors upon reasonable request and with permission of Instituto de Higiene e Medicina Tropical's Ethics Committee.

Authors' contributions

GR contributed to the conception of the paper, conducted the data collection and drafted the manuscript. EP contributed to the conception of the paper and helped drafting the manuscript. CG supported the data collection and helped drafting the paper. CN provided information and data for the analysis and helped revise the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Consent for publication

N/A.

Ethics approval and consent to participate

The study received the ethical approval from Instituto de Higiene e Medicina Tropical Ethics Committee. All the people consulted were informed on the study objectives and on their right to withdraw from the interview.

Author details

¹International Health and Biostatistics Unit, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Rua da Junqueira 100, Lisbon, Portugal. ²Centre for Primary Care and Public Health, Queen Mary University of London, 58 Turner street, London E12AB, United Kingdom. ³University of Queensland, Brisbane, Australia. ⁴National Health Inspectorate, Ministry of Public Health, recinto 3 de Agosto, Bissau, Guinea-Bissau.

Received: 9 September 2016 Accepted: 31 January 2017

Published online: 07 February 2017

References

- Dussault G, Dubois C-A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health*. 2003;1:1.
- Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JL, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*. 2004;364(9449):1984–90.
- Pavignani E. Beyond the aid horizon: charting poorly understood health territories. University of Queensland and DANIDA; 2014. (Findings from a multi-country research programme on health service delivery in severely-disrupted countries).
- Pavignani E, Colombo S. Analysing disrupted health sectors. A modular manual. Geneva: WHO - Department of recovery and Transition Programmes; 2009 (Health Action in Crisis).
- Fujita N, Zwi AB, Nagai M, Akashi H. A comprehensive framework for human resources for health system development in fragile and post-conflict states. *PLoS Med*. 2011;8(12):e1001146.
- WHO. Guide to health workforce development in post-conflict environments [Internet]. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland; 2005 [cited 2016 Apr 21]. Available from: <http://www.who.int/hac/techguidance/tools/guide%20to%20health%20workforce%20development.pdf>
- Roome E, Raven J, Martineau T. Human resource management in post-conflict health systems: review of research and knowledge gaps. *Confl Health*. 2014;8:18.
- Witter S, Wurie H, Bertone MP. The free health care initiative: how has it affected health workers in Sierra Leone? *Health Policy Plan*. 2015;31(1):1–9.
- Bertone MP, Samai M, Edem-Hotah J, Witter S. A window of opportunity for reform in post-conflict settings? The case of Human Resources for Health policies in Sierra Leone, 2002–2012. *Confl Health*. 2014;8:11.
- Bertone MP, Witter S. An exploration of the political economy dynamics shaping health worker incentives in three districts in Sierra Leone. *Soc Sci Med*. 2015;141:56–63.
- Witter S, Falisse J-B, Bertone MP, Alonso-Garbayo A, Martins JS, Salehi AS, et al. State-building and human resources for health in fragile and conflict-affected states: exploring the linkages. *Hum Resour Health* [Internet]. 2015 May 15 [cited 2016 Jan 21];13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488955/>
- Bertone MP, Lagarde M. Sources, determinants and utilization of health workers' revenues: evidence from Sierra Leone. *Health Policy Plan*. 2016;31(8):1010–1019.
- Bertone MP, Lurton G, Mutombo PB. Investigating the remuneration of health workers in the DR Congo: implications for the health workforce and the health system in a fragile setting. *Health Policy Plan*. 2016;31(9):1143–1151.
- Hill PS, Pavignani E, Michael M, Murru M, Beesley ME. The "empty void" is a crowded space: health service provision at the margins of fragile and conflict affected states. *Confl Health*. 2014;8:20.
- Kok MO, Rodrigues A, Silva AP, de Haan S. The emergence and current performance of a health research system: lessons from Guinea Bissau. *Health Res Policy Syst BioMed Cent*. 2012;10:5.
- Fistein D. Guinea-Bissau: how a successful social revolution can become an obstacle to subsequent state-building. *Int J Afr Hist Stud*. 2011;44(3):443–55.
- Anderson L. Antiquated before they can ossify: states that fail before they form. *J Int Aff* [Internet]. 2004 [cited 2016 May 17];58(1). Available from: <http://www.columbia.edu/itc/journalism/stille/Politics%20Fall%202007/Readings%20-%20Weeks%201-5/LEH57JE3248.pdf>
- de Barros M, Gomes PG, Correia D. Les conséquences du narcotrafic sur un État fragile : le cas de la Guinée-Bissau. *Altern Sud*. 2013;20(3):145.
- Abdenur AE, Neto DMDS. Rising powers and the security-development nexus: Brazil's engagement with Guinea-Bissau. *J Peacebuilding Dev*. 2014;9(2):1–16.
- The World Bank. Guinea Bissau country overview [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 17]. Available from: <http://www.worldbank.org/en/country/guineabissau/overview>
- UNDP. Human development report. New York: United Nations Development Program; 2013. Report No.: ISBN 978-92-1-126340-4.
- IMF. Guinea-Bissau IMF country report [Internet]. Washington, DC: International Monetary Fund; 2015 [cited 2016 Apr 27]. (Selected Issues). Available from: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2015/cr15195.pdf>
- MINEF. Lei do Orçamento Geral do Estado 2015 [Internet]. Ministério de Economia e Finanças; 2015 [cited 2016 Apr 27]. Available from: <http://www.mef-gb.com/doc/OGE/OGE2015.pdf>
- MINISTÉRIO DA ECONOMIA E FINANÇAS, DIRECÇÃO GERAL DO PLANO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS) 2014, Principais Resultados. Bissau; 2015
- Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I. 1997
- MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017. 2007
- MINISTÉRIO DA ECONOMIA, DO PLANO E DA INTEGRAÇÃO REGIONAL DA REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015. Bissau; 2011
- Ferrinho P. Subsídios para a revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020. Lisbon; 2015

29. Pavignani E, Michael M, Murru M, Beesley ME, Hill PS. Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country case studies. *Int Rev Red Cross*. 2013;95(889):41–60.
30. Bloom G, Standing H, Lucas H, Bhuiya A, Oladepo O, Peters DH. Making health markets work better for poor people: the case of informal providers. *Health Policy Plan*. 2011;26 Suppl 1:i45–52.
31. Russo G, McPake B, Fronteira I, Ferrinho P. Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. *Health Policy Plan*. 2014;29(6):774–83.
32. Beesley M, Cometto G, Pavignani E. From drought to deluge: how information overload saturated absorption capacity in a disrupted health sector. *Health Policy Plan*. 2011;26(6):445–52.
33. Pavignani E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. *Disasters*. 2011;35(4):661–79.
34. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua*. 2007;19(6):349–57.
35. Harrell MC, Bradley MA. Data Collection Methods [Internet]. 2009 [cited 2016 Mar 29]. Available from: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR718.html
36. Wurie HR, Samai M, Witter S. Retention of health workers in rural Sierra Leone: findings from life histories. *Hum Resour Health*. 2016;14:3.
37. McKeown J, Clarke A, Reppe J. Life story work in health and social care: systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2006;55(2):237–47.
38. Coovadia H, Jewkes R, Barron P, Sanders D, McIntyre D. The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges. *Lancet*. 2009;374(9692):817–34.
39. Chabot J, Waddington C. Primary health care is not cheap: a case study from Guinea Bissau. *Int J Health Serv*. 1987;17(3):387–409.
40. The World Bank. Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa [Internet]. The World Bank; 1995 [cited 2016 Feb 17]. 114 p. (World Bank Institute Resources). Available from: <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/0-8213-3240-6>
41. MINSAP. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 1997-2001. Tomo 1 [Internet]. Ministério da Saúde Pública, Governo da Guiné Bissau; 1996 [cited 2016 Feb 22]. Available from: http://www.guine-bissau.fi/saude/5.2.html#_ftn30
42. MINSA. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025. Ministério da Saúde de Angola; 2014
43. DNRH. Base de dados dos trabalhadores da função pública da saúde. Ministério da Saúde Pública, Governo da Guiné Bissau; 2016.
44. Ammar W. Health beyond politics. Beirut: Eastern Mediterranean Regional Office and Ministry of Public Health Lebanon; 2009.
45. Meessen B, Bigdeli M, Chheng K, Decoster K, Ir P, Men C, et al. Composition of pluralistic health systems: how much can we learn from household surveys? An exploration in Cambodia. *Health Policy Plan*. 2011;26 Suppl 1:i30–44.
46. Sen K, Mehio-Sibai A. Transnational capital and confessional politics: the paradox of the health care system in Lebanon. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 2004;34(3):527–51.
47. Buckley J, Neill E, Aden AM. Assessment of the private health sector in Somaliland, Puntland and South Central. 2015 [cited 2016 Jul 4]; Available from: <http://r4d.dfid.gov.uk/Output/202331/Default.aspx>
48. Indjai B, Catarino L, Mourão D. Mezinhas de Orango - Plantas medicinais e pessoas da ilha da Rainha Pampa. Bissau: Instituto da Biodiversidade e das Áreas Protegidas; 2010
49. MINSAP. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 - PNDS II. Ministério da Saúde Pública, Governo da Guiné Bissau; 2008.
50. Schaaf M, Freedman LP. Unmasking the open secret of posting and transfer practices in the health sector. *Health Policy Plan*. 2015;30(1):121–30.
51. ENS. Número de formados da ENS na Direção de Dr. Maram Mané. Ministério da Saúde Pública, Governo da Guiné Bissau; 2016.
52. Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A, Oyegbite K, Calvis M, Hopwood I, et al. Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea. *Int J Health Plann Manage*. 1997;12(S1):S29–47.
53. McPake B, Hanson K, Mills A. Community financing of health care in Africa: an evaluation of the Bamako initiative. *Soc Sci Med*. 1993;36(11):1383–95.
54. Karadaghi G, Willott C. Doctors as the governing body of the Kurdish health system: exploring upward and downward accountability among physicians and its influence on the adoption of coping behaviours. *Hum Resour Health* [Internet]. 2015 Jun 4 [cited 2017 Jan 5];13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464857/>
55. Tyrrell AK, Russo G, Dussault G, Ferrinho P. Costing the scaling-up of human resources for health: lessons from Mozambique and Guinea Bissau. *Hum Resour Health*. 2010;8:14.
56. Beesley M. The bottom of the sack: health service provision in the Central African Republic. DANIDA; 2013
57. Pavignani E. Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country case studies - ICRC [Internet]. International Review of the Red Cross. 00:00:00.0 [cited 2016 Apr 22]. Available from: <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/article/review-2013/irrc-889-pavignani-michael-murru-beesley-hill.htm>
58. Segall M. Health sector planning led by management of recurrent expenditure: an agenda for action-research. *Int J Health Plann Manage*. 1991;6(1):37–75.

Submit your next manuscript to BioMed Central and we will help you at every step:

- We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- Thorough peer review
- Inclusion in PubMed and all major indexing services
- Maximum visibility for your research

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



ANEXO IX - Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau –
Evolução das estruturas e processos num Estado Frágil - Artigo publicado na Acta Médica
Portuguesa

Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau: Evolução das Estruturas e Processos num Estado Frágil



Training of Human Resources for Health in the Republic of Guinea-Bissau: Evolution of Structures and Processes in a Fragile State

Cátia Sá GUERREIRO^{1,2}, Zulmira HARTZ^{1,2}, Clotilde NEVES^{1,2}, Paulo FERRINHO^{1,2}
Acta Med Port 2018 Dec;31(12):742-753 • <https://doi.org/10.20344/amp.11120>

RESUMO

Introdução: No contexto de fragilidade que caracteriza a República da Guiné-Bissau constata-se uma ausência de gestão eficaz de recursos humanos da Saúde, impondo-se a reflexão sobre a sua formação. Tivemos por objetivo analisar a oferta formativa de recursos humanos da Saúde na República da Guiné-Bissau de 1974 a esta parte, enquadrando-a no contexto nacional e relacionando a análise com o descrito para Estados-Frágéis.

Material e Métodos: Recorrendo a análise de conteúdo dos resultados de entrevistas semi-estruturadas, grupo focal e análise documental, analisámos a oferta de formação de recursos humanos da Saúde em dois pilares – ao nível das estruturas/instituições formadoras; ao nível dos processos de formação. A consideração do contexto em que esta decorre permitiu uma análise integrada na realidade vivida por Estados-Frágéis.

Resultados: Sintetizámos os passos históricos da formação de recursos humanos da Saúde, descrevendo as estruturas e seus procedimentos, concretamente das entidades públicas como a Escola Nacional de Saúde e a Faculdade de Medicina, e também das entidades privadas que proliferam no país.

Discussão: O país enquadra os problemas definidos para a Região Africana, aproximando-se do descrito para Estados-Frágéis, apresentando: fraca liderança/governança em saúde; limitação na implementação das estratégias de formação planeadas; inadequada capacidade de formação de recursos humanos; dependência total/parcial no financiamento da formação, proliferação de entidades formadoras privadas, não oficialmente reconhecidas.

Conclusão: Os modelos que emergem como resposta à fragilidade nesta matéria permitem parcialmente responder às necessidades de formação do país mas negligenciam a qualidade e perpetuam dependências, agravando as fragilidades do Estado e do setor público.

Palavras-chave: Guiné-Bissau; Pessoal de Saúde/educação; Prestação de Cuidados de Saúde/recursos humanos

ABSTRACT

Introduction: In the context of fragility that characterizes the Republic of Guinea-Bissau, there is an absence of effective management of human resources for Health, which begs reflection regarding training that is provided. The purpose of this study was to analyse the training of human resources for Health in the Republic of Guinea-Bissau since 1974, placing it in the national context and relating the analysis to the situation described for Fragile States.

Material and Methods: Using the content analysis of the results of semi-structured interviews, focus group and documentary analysis, we analysed the training offer on human resources for Health in two pillars - at the level of the structures / training institutions; and at the level of processes. The consideration of the context in which it takes place allowed for an integrated analysis in the reality experienced by Fragile States.

Results: We synthesize the historical steps of the establishment of human resources for Health, describing the structures and their procedures, concretely of the public entities like the National School of Health and the Faculty of Medicine, as well as of the private entities that proliferate in the country.

Discussion: The country reflects the problems that have been identified for the African Region, and for Fragile States in particular, namely: weak health leadership / governance; limitation in the implementation of the planned training strategies; inadequate human resources training capacity; total / partial dependence on training funding, proliferation of private, unofficially recognized training providers.

Conclusion: The models that emerge as a response to the fragility in this area partially allow to respond to the training needs of the country but neglect the quality and perpetuate dependencies, aggravating the weaknesses of the State and of the public sector.

Keywords: Delivery of Health Care/manpower; Guinea-Bissau; Health Personnel/education

INTRODUÇÃO

A República da Guiné-Bissau, um Estado frágil

A República da Guiné-Bissau (RGB) tem vivido desde os anos 80 do século XX situações de instabilidade

política e institucional,¹ contribuindo para que, considerando critérios de falta de legitimidade e eficácia,² seja em 2018 considerada o 16º país mais frágil do mundo.³

1. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade NOVA de Lisboa. Lisboa. Portugal.

2. Global Health and Tropical Medicine. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade NOVA de Lisboa. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Cátia Sá Guerreiro. cguerreiro@ihmt.unl.pt

Recebido: 27 de julho de 2018 - Aceite: 18 de outubro de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018



A dependência da comunidade internacional nos setores da economia, saúde e educação é quase total,⁴ com cerca de 90% do financiamento deste setor garantido por parceiros de cooperação.^{5,6} O Sistema Nacional de Saúde (SNS) da RGB não responde às necessidades de saúde do país, por diversos fatores⁷, entre eles por apresentar notória ausência de gestão eficaz de recursos humanos da Saúde (RHS) a todos os níveis.⁵

Perante esta realidade, ao longo dos anos o desenvolvimento da força de trabalho da saúde e a sua formação tem recebido atenção dos Governos e dos parceiros. Analisar o que se tem feito, os resultados das implementações de diversas iniciativas formativas em RHS, contribuirá certamente para uma proposta de oferta formativa mais adequada às necessidades vividas na RGB.

No presente trabalho tivemos por objetivo analisar a oferta formativa de RHS na RGB de 1974 a esta parte, com particular ênfase nos acontecimentos desde 2010, enquadrando-a na resposta dada às necessidades de formação sentidas, na estratégia de saúde do país, relacionando a análise com o descrito para Estados Frágeis (EF) nesta matéria.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho enquadra-se no estudo 'Analisando respostas em saúde num Estado Frágil - o caso da Guiné-Bissau' em que a formação de RHS constitui uma das unidades de análise do estudo de caso 'resposta a situações de fragilidade na RGB enquanto EF.'

Analisámos a oferta de formação de RHS em dois pilares – ao nível da estrutura, ou seja das instituições que ministram a formação e seu funcionamento; e ao nível dos processos de formação. A consideração do contexto em que esta decorre permitiu uma análise integrada na realidade vivida por EF. A metodologia utilizada encontra-se sistematizada na Fig. 1.

Considerámos como oferta o conjunto de formação específica para o setor da saúde oferecida pela Escola Nacional de Saúde (ENS), pela Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez (FM) e por outras entidades públicas ou privadas em exercício na RGB.

Sob garantia de anonimato, realizámos seis entrevistas semi-estruturadas⁸ a atores chave em matéria de formação de RHS, tendo-se recorrido a uma amostra não probabilística intencional.⁹ A caracterização processual das entrevistas encontra-se descrita na Tabela 1.

Foi realizado um grupo focal^{10,11} com sete personalidades ligadas ao ensino em saúde e à gestão de RHS na RGB, sendo que quatro dos seis entrevistados anteriormente referidos participaram no grupo focal (Tabela 2).

As entrevistas e o grupo focal foram conduzidos por dois investigadores portugueses, em fevereiro de 2016, na RGB (os guiões constituem os Apêndices 1 e 2 deste artigo: Apêndice 1: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11120/Apendice_01.pdf e Apêndice 2: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11120/Apendice_02.pdf).

Numa perspetiva de enquadramento histórico e

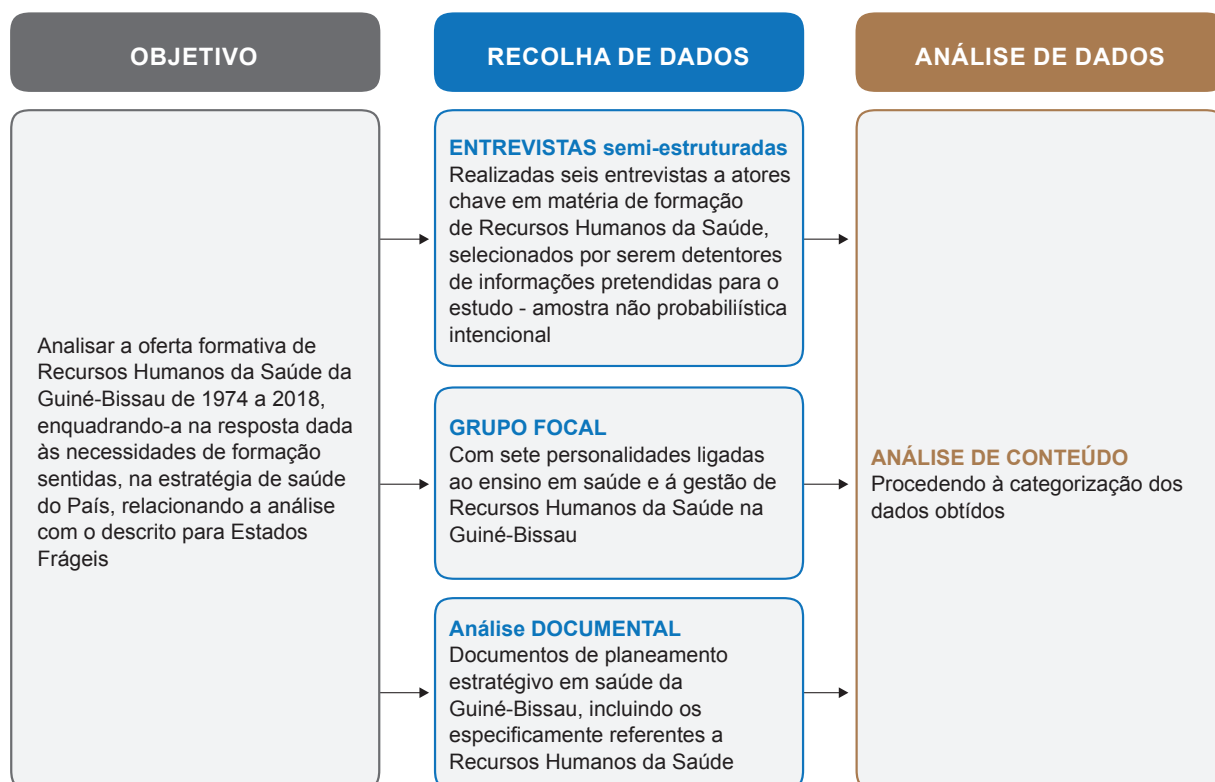


Figura 1 – Síntese metodológica

Tabela 1 – Caracterização processual das entrevistas

	Caracterização	Justificação	Observações
Entrevista	Entrevistas semi-estruturadas ^{8a}	Neste tipo de entrevista, o entrevistador tem um conjunto de questões predefinidas mas mantém liberdade para colocar outras cujo interesse surja no decorrer da entrevista, sendo assim um tipo de entrevista mais espontâneo do que a entrevista estruturada. As questões pré-definidas constituem uma diretriz, embora não ditem definitivamente a forma como a entrevista irá decorrer, permitindo que os entrevistados se expressem com maior espontaneidade.	Todos os materiais referentes às entrevistas, sua transcrição e tratamento de dados se encontram disponíveis para consulta mediante contacto aos investigadores.
Amostra	Amostra não probabilística intencional ⁹ Tendo assinado consentimento para utilização dos dados obtidos, foram entrevistados 6 atores chave, podendo a amostra ser descrita da seguinte forma, sem perder a garantia de anonimado subjacente ao estudo: · Os entrevistados, à data da entrevista, tinham idades compreendidas entre os 39 e os 62 anos; · Dois dos entrevistados são do sexo feminino e quatro do sexo masculino; · Todos os entrevistados são guineenses; · Todos estão ou estiveram diretamente implicados nos processos de planeamento de RHS; · Dois dos entrevistados exerceram ou exercem cargos de gestão ao nível do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) em matéria de RHS, · Quatro dos entrevistados exercem ou exerceram cargos de gestão em instituições que ministram formação em saúde.	Não probabilística: O processo de amostragem não faz uso de uma forma aleatória de seleção, anulando assim a possibilidade de inferir para toda a população os resultados obtidos no estudo Intencional: São selecionados os indivíduos que se sabe serem detentores de informações pretendidas para o estudo.	A seleção dos seis entrevistados foi feita pelos investigadores por reconhecerem que estes eram detentores das informações necessárias ao estudo, pelo seu envolvimento direto na temática em estudo.
Recolha de dados	Foi construído o guião da entrevista (Apêndice 1) prevendo questões a aplicar à especificidade dos entrevistados. Foi feito o registo gravado, com devido consentimento assinado, e a sua transcrição manual pelo investigador.		Na entrevista semi-estruturada o guião é concebido para apoiar o fio da narrativa do entrevistado, não sendo um instrumento estanque mas adaptável ao discurso do entrevistado.
Análise de dados	Análise de conteúdo por categorização ¹³	A análise de conteúdo é utilizada como uma técnica que permite a interpretação da informação, bem como a obtenção da descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto numa comunicação ou num documento. O procedimento de categorização tem por objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto. Funciona por desmembramento do texto em unidades, categorias, segundo reagrupamentos temáticos analógicos.	O processamento da informação, a categorização, foi feita manualmente. Foram analisadas duas grandes categorias de dados: referentes a estruturas de formação e a processos. Dentro de cada uma, os dados foram sistematizados em tópicos, conforme orientação metodológica dos autores citados.

Tabela 2 – Caracterização processual do grupo focal

	Caracterização	Justificação	Observações
Grupo focal	Trata-se de um método de recolha de dados através da interação grupal na discussão de temas preparados pelos investigadores. ^{10,11}	O moderador do grupo focal assume uma posição de facilitador do processo de discussão, sendo o foco de interesse o indivíduo e as suas opiniões, debatidas e aprofundadas em grupo.	Todos os materiais referentes ao grupo focal realizado, sua transcrição e tratamento de dados se encontram disponíveis para consulta mediante contacto aos investigadores.
Participantes	Sete personalidades ligadas ao ensino em saúde e á gestão de RHS na RGB, mediante garantia de anonimato. Quatro dos seis entrevistados no âmbito do presente trabalho participaram no grupo focal.		Os participantes foram selecionados pelos investigadores por serem reconhecidos como informadores chave na matéria em estudo.
Recolha de dados	Foi construído o guião (Apêndice 2). Foi feito o registo gravado, com devido consentimento assinado dos intervenientes, e a sua transcrição manual pelos investigadores.		O grupo focal foi conduzido por dois investigadores portugueses em fevereiro de 2016, na RGB.
Análise de dados	Análise de conteúdo por categorização. ¹³	Ver Tabela 1	Ver Tabela 1

Tabela 3 – Caracterização processual das entrevistas da análise documental

	Caracterização	Justificação	Observações
Análise documental	A análise documental, é uma operação ou um conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estudo ulterior, a sua consulta e referência. ¹³	O propósito será passar de um documento primário, em bruto, para um secundário, facilitando ao investigador o acesso à informação. O procedimento analítico implica encontrar, selecionar, avaliar (ou dar sentido), e sintetizar os dados contidos em documentos.	Todos os materiais referentes aos procedimentos de análise documental, se encontram disponíveis para consulta mediante contacto aos investigadores.
Documentos selecionados	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos I e II, Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário I, II e III.	Os documentos foram selecionados mediante sugestão de atores chave em matéria de formação de RHS, como sendo os documentos de orientação estratégica nesta matéria.	
Análise de dados	Análise de conteúdo por categorização. ¹³	Ver Tabela 1	Ver Tabela 1

contextual analisámos os documentos de planeamento estratégico em saúde da RGB, incluindo os especificamente referentes a RHS. Procedemos à respetiva análise documental¹² (Tabela 3).

Submetemos os dados qualitativos obtidos da análise documental, das respostas às entrevistas e do grupo focal a análise de conteúdo, procedendo à sua categorização.¹³

RESULTADOS

Contexto

Com recurso às entrevistas realizadas e ao grupo focal obtivemos dados do contexto em que ocorre a formação de RHS na RGB, completando o que consta na documentação oficial analisada e contribuindo amplamente para a compreensão dos processos de formação ocorridos nas estruturas existentes.

Existe um Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS)¹⁴ que teoricamente norteou a gestão de RHS até 2017. Este documento, validado enquanto anexo do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II (PNDS II), nunca foi aprovado em Conselho de Ministros, sendo que algumas instituições o seguiram ao detalhe e outras o ignoraram por completo. Até Junho de 2018 o documento não foi atualizado, esperando-se que o seja no contexto da implementação do PNDS III, cujo processo de aprovação final se encontra em curso – estando validado tecnicamente e pelos parceiros, aguarda aprovação pelo Conselho de Ministros.

Foi reconhecido que ‘a nível da governação, quando há uma liderança em quem se confia, as decisões fazem-se valer, as orientações cumprem-se’ assumindo-se porém que ‘a capacitação em matérias de liderança, também

em liderança de RHS, é uma falha na RGB'. Emergiram nomes de líderes nesta matéria, na presença dos quais 'os processos previstos no PNDRHS e o funcionamento do gabinete de gestão de RHS do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) fluíam com alguma naturalidade.' Na ausência destes líderes, por terem sido substituídos por nomeação política mediante a rotatividade governativa, 'verificou-se um acentuar do incumprimento de regras e normas.'

As mesmas fontes de informação abordam ainda que a formação em RHS é deficitária em qualidade e em especificidade, referindo que a formação existente não responde às necessidades do país. Por um lado, registou-se uma preocupação em formar RHS em quantidade sem que a qualidade da formação tenha sido igualmente priorizada. Por outro lado, atualmente, em junho de 2018, verifica-se que a escassez de RHS se regista sobretudo ao nível das especialidades: "O país tem um elevado número de enfermeiros e não há carência quantitativa de médicos de Clínica Geral". Porém a falta de especialistas é considerável, tendo que se considerar a falta de condições para ministrar formação a este nível quer por falta de docentes qualificados para tal, quer de recursos – equipamentos e materiais por exemplo: "Como formar ortopedistas ou cirurgiões, neonatologias ou cardiologistas se não existem condições para que possam praticar e exercer as suas funções?"

Da definição contextual faz parte também a relação entre o MINSAP e o Ministério da Educação e do Ensino Superior (MEES). A tutela da formação superior e de nível médio é detida pelo MEES. Verifica-se porém que a FM foi sempre tutelada pelo MINSAP. "A relação entre o MEES e o MINSAP, bem como com a Ordem dos Médicos, é ténue" refere um dos entrevistados. Ao longo do tempo a tutela da ENS já foi atribuída a cada um dos ministérios e aos dois em simultâneo, sendo à data de Junho de 2018 da responsabilidade do MINSAP, como unidade orgânica do Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) (Tabela 4).

Passos históricos da formação dos RHS na RGB

Ao proceder à análise dos dados obtidos, verificamos que há tanto da história da formação de RHS na RGB que não se encontra escrito, documentado, fazendo parte da memória daqueles que têm vivido na primeira pessoa o desafio de responder a necessidades num Estado marcado pela instabilidade após a independência reconhecida em 1974. Com base na informação contida nos documentos de planeamento estratégico em saúde consultados e nas

informações obtidas nas entrevistas e grupo focal, a Fig. 2 sintetiza estes passos que são desenvolvidos a seguir.

Estruturas de formação

A formação em saúde na RGB remonta ao período da independência nacional, a 1974, ano em que a Escola Técnica de Quadros da Saúde (ETQS) Dr. Fernando Cabral foi criada, embora só tenha sido oficializada em 1992 pelo DL 62-b/92 de 30 de Dezembro.

Até 1974, concretamente depois de 1950 e durante o período colonial, nas instalações do Hospital Nacional Simão Mendes, então chamado Hospital Civil de Bissau, eram formados enfermeiros auxiliares. Os alunos melhor classificados eram enviados a Angola, concretamente a Luanda, para frequentarem o então curso geral de enfermagem.

Em 1974 os ex-socorristas que haviam combatido na guerra da independência iniciaram formação num polo da ETQS em Nhala e seguiam depois para Bolama onde funcionava um outro polo sendo-lhes ministrado o curso de enfermagem para ex-socorristas. Em Bissau funcionava a sede da escola e eram ministrados os cursos de enfermagem geral (nível médio), auxiliar de enfermagem e técnico de laboratório (nível médio). Mais tarde, nos finais dos anos 80, a referida escola passou a oferecer também o curso de parteira auxiliar, nas instalações de Bissau e fechou os polos de Nhala e Bolama por ter deixado de haver a necessidade de formar ex-socorristas num cenário pós-guerra, uma vez que todos haviam já feito o seu percurso. A ETQS existiu até meados da década de 90.

Em 1997 foi criada a ENS, com financiamento do Banco Mundial (BM), na intenção de congregar a formação ministrada pela ETQS, então extinta, e pela FM (entretanto criada em 1986 apoiada pela cooperação cubana) e de integrar a Universidade Amílcar Cabral (UAC) em 2006, vindo no entanto a tornar-se uma unidade orgânica do Instituto INASA em 2009. O objetivo foi não apenas melhorar a eficiência e eficácia das ações de formação mas também proporcionar condições para a existência de um corpo de docentes nacional bem coordenado e coerente com as necessidades de formação do SNS.¹⁶ Porém, na realidade, a FM nunca integrou formalmente a ENS, nem a ENS a UAC, mantendo-se como um centro de formação de nível médio.

Desde a sua origem, a ENS forma enfermeiros gerais e técnicos de laboratório de nível médio em Bissau. Desde 2008 tem vindo a expandir a sua oferta à formação de

Tabela 4 – O Instituto Nacional de Saúde Pública

O INASA - Instituto Nacional de Saúde Pública surgiu em 2006 como parte integrante do processo de reformas do sistema de saúde guineense para enfrentar desafios de saúde pública. Em 2009 foi criado oficialmente através da Publicação do Decreto-Lei nº 12/2010 de 26/08/2010 no BO nº34, 3º Suplemento, sendo definido como Instituto de direito público com autonomia técnica, administrativa, financeira e patrimonial sob a tutela do Ministro da Saúde. Alguns elementos essenciais para a constituição do INASA, já existiam, no âmbito do MINSAP, funcionando independentemente e sem um plano orgânico que os integre em metas estratégicas setoriais. Entre eles cabe destacar os seguintes: Laboratório Nacional de Saúde Pública; Projeto de Saúde Bandim; Centro de Medicina Tropical e Escola Nacional de Saúde.¹⁵

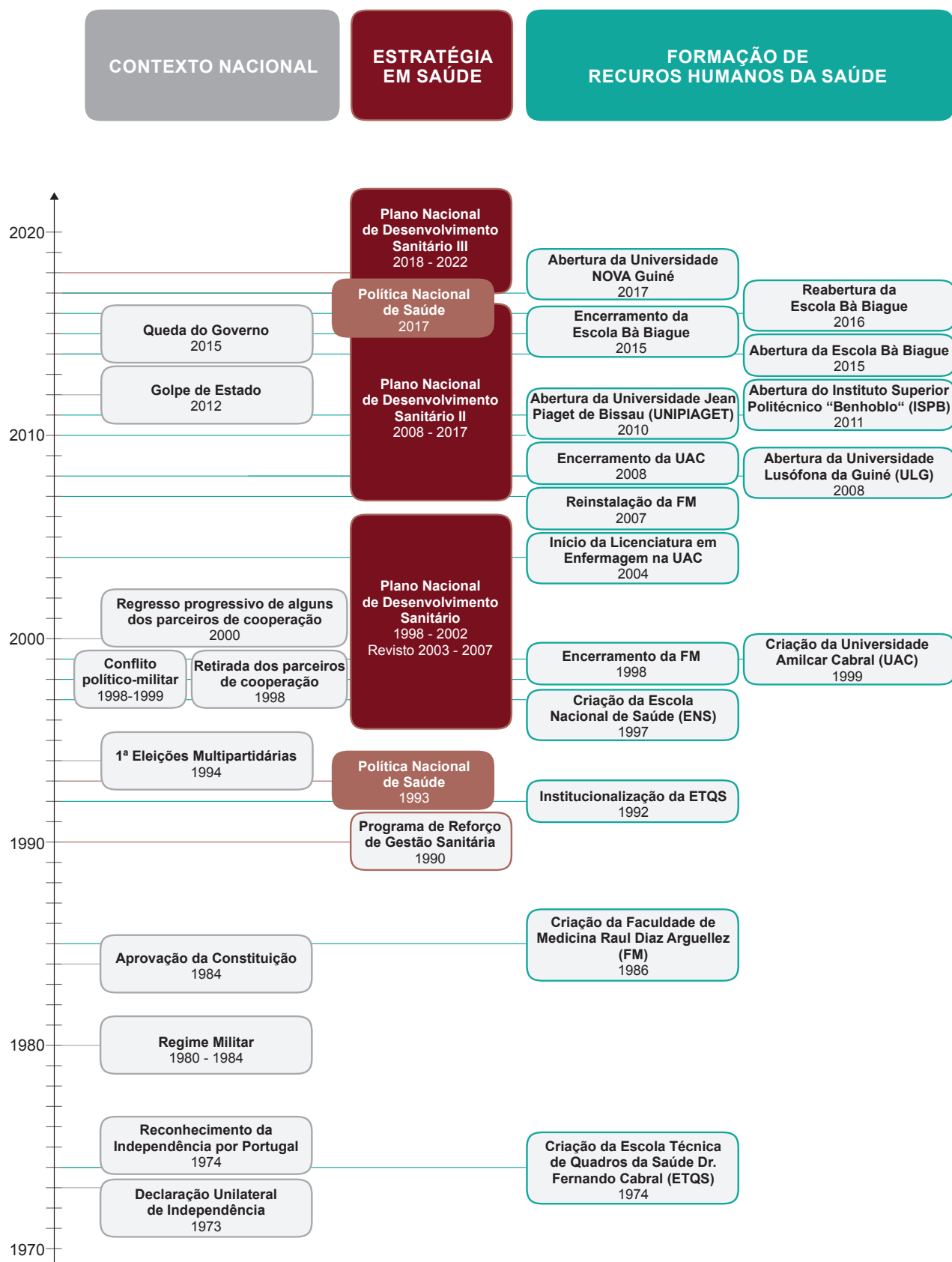


Figura 2 – Passos históricos da formação de Recursos Humanos da Saúde na República da Guiné-Bissau

parteiras e técnicos de radiologia e de farmácia de nível médio e pretendeu dar início à especialização em obstetrícia para enfermeiros gerais.^{5,17} Porém, esta intenção foi trocada pela opção, contrária às orientações do PNDS II, de dar início à formação de parteiras, categoria que no PNDRHS estava prevista extinguir.⁵ A ENS descentralizou a formação num projeto a sul e noutro a norte com o intuito de contribuir para a retenção de pessoal nas regiões mais carenciadas¹⁷: em 2009 lançou o projeto de Formação Técnica em Enfermagem Geral para a Região Sul (PFRS); e em 2010, implementou-o nas Ilhas em Bijagós, Bolama, em 2012 na região de Tombali em Catió e em 2013 na região de Quinará em Empada. Porém, cumpridos os objetivos, estes polos têm vindo a ser descontinuados.

Contando com o apoio do BM, da cooperação chinesa e recorrendo ao pagamento de propinas e taxas de candidatura por parte dos alunos, a ENS conseguiu produzir quadros acima do previsto no PNDRHS.¹⁷ Este facto reflete uma falta de articulação entre a ENS e a Direção de Serviços de Recursos Humanos e Administração em Saúde do MINSAP, o Ministério da Função Pública e o MEES, contribuindo para um excedente da produção de quadros da saúde. Exemplo disto é o caso da produção de enfermeiros, os quais ficam no desemprego por falta de capacidade de recrutamento pelo Estado: em 2017 existiam 420 vagas de trabalho para enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde, existindo 600 desempregados e mais de 1000 alunos a terminar o curso quer na ENS quer nas outras instituições de formação que produzem enfermeiros.⁵ A mesma fonte refere que apesar desta situação, a ENS abriu em abril de 2017 um total de 210 vagas para o primeiro ano do curso geral de enfermagem, mais uma vez sem consultar quer o MINSAP quer o Ministério da Função Pública.

A FM existe desde 1986. Tem um decano guineense e outro cubano. O curso de medicina é ministrado com docentes cubanos, contratados com a cooperação cubana, sendo a titulação igualmente cubana. Os grandes desafios prendem-se, segundo a avaliação da implementação do PNDS II,¹⁷ com a harmonização do ensino a nível da Comunidade Económica de Estados da África Ocidental (CEDEAO), com um compromisso com uma formação de melhor qualidade, por uma maior apropriação do curso por professores guineenses e por uma melhor integração no sistema de ensino superior do País.

A produção dos RH das profissões específicas da saúde foi feita ainda na UAC e no Liceu Politécnico SOS Herman. Este último oferece uma licenciatura em saúde pública e saneamento do meio.⁵

A UAC, criada pelo decreto n.º 6/99 de 6 de dezembro de 1999, como uma universidade pública com gestão privada/autónoma, era inicialmente gerida pela Fundação para Promoção do Ensino e da Cultura, entidade privada resultante da parceria do governo da RGB com a universidade privada portuguesa, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. A partir de 2006, a ENS juntamente com FM passaram a integrar também a UAC. Em 2008, alegando incapacidade de financiar a UAC, o

governo cedeu a Universidade ao seu parceiro – Universidade Lusófona de Portugal, com a passagem total da instituição ao capital privado, altura em que a ENS e FM se desfilaram da UAC e passaram novamente a autonomia. A UAC esteve inativa de 2008 a 2013, sendo que desde a retoma de atividade como instituição de ensino público não ministra cursos na área da saúde. O curso de licenciatura em enfermagem decorreu na UAC de 2004 a 2008.

Cinco instituições privadas oferecem também formação na área da saúde, concretamente a Universidade Lusófona da Guiné, a Universidade Jean Piaget de Bissau, o Instituto Superior Politécnico 'Benhoblo', a Escola Bà Biague, tendo as duas últimas sido encerradas pelo Estado em 2015 por não terem condições para formar enfermeiros, reabriram ilegalmente no final de 2016,⁵ e, mais recentemente, a Universidade Nova da Guiné. A oferta formativa à data de Julho de 2018 encontra-se descrita na Tabela 5, atualizando a informação constante no documento de PNDS III com base em informação oralmente recolhida pelos investigadores no decorrer do presente estudo.

Na Tabela 6 são referidos detalhes históricos das referidas entidades formadoras.

A oferta formativa de licenciatura em enfermagem, feita pelas entidades privadas supracitadas, cria o problema da disparidade de produção de quadros de enfermagem - médios por parte da ENS e licenciados por sua parte - para exercício das mesmas funções, maioritariamente no serviço nacional de saúde.

Não partindo de uma identificação adequada e da planificação das respostas às necessidades, a ação formativa destas instituições foi sendo arrastada, por um lado, pelas necessidades identificadas no PNDRHS^{5,14} e por outro por razões financeiras, relacionadas com a sobrevivência das instituições de formação e a remuneração dos seus funcionários.

As referidas instituições de formação foram sujeitas a auditorias da CEDEAO no quadro da harmonização do ensino na Região. Estas auditorias consideram a qualidade do ensino abaixo do desejável e está no roteiro da CEDEAO um processo de harmonização curricular regional e de padronização da qualidade.⁵

Processos

Debruçando-nos agora especificamente sobre os processos associados à oferta formativa em saúde é possível olhar com maior detalhe sobretudo para a ENS e para a FM.

A Direção da ENS manteve-se fixa de 2009 a 2017, sendo nesta fase marcada por uma linha de gestão caracterizada por ministrar a sua formação com recurso maioritariamente às propinas pagas pelos alunos: estabeleceu-se o ensino público como um negócio a ser rentabilizado, o que se tornou o principal critério para abrir ou não candidaturas e para determinar o número de vagas, mantendo sempre como finalidade cumprir em termos quantitativos os objetivos do PNDRHS, provindo o país de quadros da saúde no número determinado. Conseguiu-o implementando um

Tabela 5 – Oferta formativa de Recursos Humanos da Saúde na República da Guiné Bissau existente no ano de 2017, descrita no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III, atualizada em Junho de 2018

Entidade	Oferta Formativa	Caracterização Institucional	Grau Académico
Escola Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> · Curso Geral de Enfermagem · Técnico de Farmácia · Técnico de Laboratório · Técnico de Radiologia · Parteira 	Entidade de ensino público	Nível médio
Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez	<ul style="list-style-type: none"> · Medicina Geral · Pós Graduação em Medicina Geral Integrada 	Entidade de ensino público	Nível superior – licenciatura e pós graduação
Universidade Amílcar Cabral	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermagem 	Entidade de ensino público	Nível superior – licenciatura
Liceu Politécnico SOS Herman	<ul style="list-style-type: none"> · Saúde Pública e Saneamento do Meio 	Entidade de ensino público	
Universidade Lusófona da Guiné	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermagem · Técnico de Laboratório · Serviço Social 	Entidade de ensino privado	Nível superior – licenciatura
Universidade Jean Piaget de Bissau	<ul style="list-style-type: none"> · Medicina · Enfermagem · Técnico de Laboratório · Nutrição 	Entidade de ensino privado	Nível superior – licenciatura
Instituto Superior Politécnico “Benhoblo”	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermagem 	Entidade de ensino privado	Nível superior – licenciatura
Escola Bà Biague	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermagem 	Entidade de ensino privado	Nível superior – licenciatura
Universidade NOVA Guiné	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermagem · Medicina 	Entidade de ensino privado	Nível superior – licenciatura

plano de aceleração da formação de RHS no âmbito do PNDRH.

O Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde e o plano de aceleração da formação de RHS

O PNDRHS, entre outras importantes constatações, salienta o cálculo de uma redução estimada de 63% da força laboral até 2017, tendo-se então calculado que, para atingir dotações mínimas de equipas da saúde, estabelecidas no PNDS II, e fazer face ao crescimento populacional, o pessoal efetivo da saúde deveria crescer cerca de 34,4% no horizonte temporal do PNDRHS.¹⁴

Destas constatações nasce o plano de aceleração da formação de RHS com o objetivo de produzir até 2017, de uma forma calendarizada e planeada, os RHS necessários para equipar as unidades de saúde do SNS de forma a aumentar o acesso da população a serviços de saúde com cada vez mais qualidade. A execução do plano envolvia a ENS e a Repartição de Desenvolvimento Profissional da Direção de Recursos Humanos e Administração em Saúde do MINSAP e previu descentralizar a oferta formativa, estendendo a formação a polos localizados nas Regiões Sanitárias identificadas como tendo condições para tal.¹⁸

A nova direção tem vindo a seguir a estratégia da anterior.

Localizando-se a ENS num novo edifício do INASA fora do centro da cidade de Bissau, os desafios de gestão da nova estrutura foram maiores do que se esperava. Por outro lado, pressupõe-se que o ensino de enfermagem seja feito também pela ENS em polos fora de Bissau – Bolama, Empada e Caitó – acrescentando as despesas, tendo este sido um dos motivos pelos quais o ensino nos polos foi recentemente desativado.

O corpo docente é composto por professores internos, técnicos que o MINSAP coloca na escola, na sua maioria enfermeiros, em junho de 2018 num total de 14; e professores externos, convidados para lecionar determinadas matérias, num total de 57. Os primeiros são pagos pelo MINSAP acrescentando um incentivo por parte da escola. Os segundos são integralmente pagos pela escola.

Com o apoio do BM, foi revisto o plano curricular dos cursos de enfermagem, técnico de laboratório e técnico de farmácia e com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) foi também possível realizar a revisão ao curso de parteira. Os processos de revisão curricular foram intermediados pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e garantidos por uma escola superior de enfermagem portuguesa enquanto

Tabela 6 - Detalhe da oferta formativa de Recursos Humanos da Saúde na República da Guiné Bissau de 1974 a 2018

Entidade	Ano de fundação	Observações
Escola Técnica de Quadros da Saúde Dr. Fernando Cabral (ETQS)	Criada em 1974, institucionalizada em 1992	Deixou de existir em 1997, aquando da criação da Escola Nacional de Saúde.
Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez (FM)	1986	Esteve encerrada de 1998 a 2007.
Escola Nacional de Saúde (ENS)	1997	Criada na intenção de congregar a formação ministrada pela ETQS e pela FM, sendo que a FM nunca integrou a ENS.
Universidade Amílcar Cabral (UAC)	1999 2013	Criada na intenção de federar as diversas entidades de formação superior do país, foi fechada em 2008. Passou por uma profunda reestruturação, retomando atividade em 2013. Ofereceu licenciatura em enfermagem em parceria com o Grupo Lusófona de 2004 a 2008.
Liceu Politécnico SOS Herman	2007	O curso Saúde Pública e Saneamento do Meio teve início em 2009.
Universidade Lusófona da Guiné	2008	Autorizada a instalação da Universidade Lusófona na RGB, enquanto estabelecimento do ensino superior em Nov/2008, arrastou consigo os alunos do referido curso de enfermagem da UAC, os quais vieram a concluir na nova universidade privada os seus estudos.
Universidade Jean Piaget de Bissau	2010	
Instituto Superior Politécnico "Benhoblo"	2011	Encerrada pelo MEES em 2015, alegando a falta de laboratório, ausência de alvará, infraestruturas inadequadas. Reabriu em 2016 por indicação do MEES, porém sem autorização de ingresso de novos alunos até indicação em contrário.
Escola Bà Biague	2014/2015	Encerrada pelo MEES em 2015, alegando a falta de laboratório, ausência de alvará. Reabriu com autorização do MEES em 2016
Universidade NOVA da Guiné	Institucionalizada em 2017 e funcional em janeiro de 2018	No primeiro semestre de 2018 foi interpelada pelo MEES sobre o alvará

Todas as instituições privadas estão a funcionar sem alvará que deverá ser concedido pelo MEES. Todas funcionam ao abrigo da Lei nº 3/2011 do ensino superior, segundo o Suplemento do Boletim Oficial – BO nº 13 de 29 de Março de 2011.

ENS: Escola Nacional de Saúde; ETQS: Escola Técnica de Quadros da Saúde Dr. Fernando Cabral; FM: Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez; MEES: Ministério da Educação e do Ensino Superior; RGB: República da Guiné-Bissau; UAC: Universidade Amílcar Cabral

consultora, tendo sido participado pelos docentes guineenses e por peritos da CEDEAO, no sentido de harmonizar os currículos com os da região de saúde africana. Os planos curriculares resultantes desta revisão são os que em 2018 se encontram em vigor e são conformes às indicações então recebidas da CEDEAO no sentido da harmonização regional prevista. Sobretudo com o apoio do BM foi também possível adquirir equipamentos que garantem a existência de uma sala de informática e de um laboratório para aulas práticas. Em 2016, a escola contou com financiamento do FNUAP para a formação dos tutores e do Camões - Instituto da Cooperação e da Língua Portuguesa, um Instituto Público (I.P.) de Portugal, para a formação dos professores em pedagogia.

Para ingresso nos cursos da ENS são feitos exames de admissão pagos pelos candidatos. Estes exames representam uma importante fonte de receita para a ENS.

A FM teoricamente integraria a ENS mas “na realidade isso nunca chegou a acontecer”. O intuito foi promover a

autonomia da faculdade em relação à tutoria cubana mas até ao ano letivo de 2017/18 isto ainda não se verificou. Procurando as razões que justifiquem tal facto conclui-se, e de acordo com informação dos entrevistados, que não foram reunidas condições de “governança e liderança para tal”: os médicos guineenses não se predispõem a assumir a faculdade uma vez que dependeriam do Estado e este “paga muito mal ou nem paga a docência”. Assim, os médicos que teriam competência para assumir a academia preferem não o fazer, movidos pela procura de melhores condições salariais.

Integrando a oferta formativa há a considerar o emergente ensino privado, ministrado tantas vezes sem o alvará do MEES, com processos completamente autónomos dos do Estado ou de entidades de regulamentação internacionais. Segundo os dados obtidos, esta oferta formativa constitui acima de tudo ‘um negócio rentável’. A formação nem sempre tem componente prática uma vez que os estágios não podem realizar-se nos serviços públicos de saúde

e muitos dos profissionais formados nem sempre podem ingressar no serviço público de saúde uma vez que há cursos não reconhecidos. Relativamente à enfermagem, aparentemente “a existência destes cursos não reduz a procura da ENS.” Estas entidades privadas vieram diversificar as instituições de ensino e dos graus académicos conferidos, tendo-se fugido aos objetivos traçados no PNDRHS. Um dos pontos de controvérsia introduzidos é o facto de o curso de enfermagem ministrado por uma entidade privada, sem estágios profissionalizantes, conferir o grau académico de licenciatura, ao invés do mesmo curso na ENS que é considerado curso de nível médio, mas com uma melhor experiência profissionalizante através de estágios nas unidades sanitárias do serviço nacional de saúde. Isto levanta por exemplo questões salariais e de progressão na carreira, não esquecendo as dúvidas associadas ao conteúdo funcional das diferentes categorias na carreira de enfermagem.

DISCUSSÃO

A realidade vivida pela RGB enquanto EF, um dos países mais pobres do mundo e que tem enfrentado uma constante instabilidade política e falta de instituições sociais e económicas estáveis por mais de duas décadas,¹⁹ enquadra especificamente em matéria de RHS o descrito na literatura, segundo a qual uma crise grave, especialmente quando é prolongada, afeta os RHS de diversas formas, como exemplificado neste e noutros artigos.²⁰⁻²³

A RGB enquadra os problemas definidos pela OMS para a região Africana aquando da elaboração das orientações para a implementação da Estratégia Mundial dos Recursos Humanos da Saúde: Força de Trabalho 2030. Apresenta uma fraca liderança e governação do pessoal de saúde e inadequada capacidade de educação e formação dos seus RHS.²⁴

Existindo um documento orientador para a gestão de RHS, o PNDRHS, a sua limitada implementação e apoderação por parte dos diferentes intervenientes enquadra a realidade vivida pelos EF em que os documentos de planeamento nem sempre se traduzem em trabalho concreto e coerente.²² Os mesmos autores sublinham que alguns planos de boa qualidade permanecem no papel devido à fraqueza da instituição implementadora, prioridades conflitantes ou implicações arriscadas. A literatura sugere que mediante o desafio de planejar a estratégia de gestão de RHS deve ser tido em conta o ambiente político, a capacidade de implementação existente e os obstáculos que provavelmente serão encontrados de forma a garantir a formulação de planos mais realistas e mais facilmente implementáveis.²² A falta de regulação do ensino leva à proliferação de estruturas de formação, públicas mas acima de tudo privadas, que ignoram os ditames do Estado e as normas regionais.

No que concerne o tema da oferta formativa, a realidade vivida na RGB não se afasta do descrito para outros EF. Por um lado o financiamento da formação em saúde é total ou parcialmente subsidiado. Falhando os subsídios do

Estado e os apoios dos parceiros, comercializa-se o ensino público, tornando-se o lucro o principal motivador da atividade destas estruturas de formação.

Por outro lado, a formação é maioritariamente do domínio do sistema público, seja do MINSAP, do MEES, ou ambos, sendo que no decorrer da instabilidade vivida foram surgindo centros de formação privados, geralmente não devidamente acreditados pelo Estado, podendo traduzir-se em baixa qualidade quando carecem de adequados recursos e capacidades.²¹ Verifica-se na RGB o descrito para a Região Africana: algumas escolas de formação não estão acreditadas, o que significa que a qualidade da educação ministrada não está assegurada; um aumento no número de escolas de formação em ciências da saúde, em parte devido ao crescente envolvimento do sector privado na educação.²⁴

O referido negócio associado à proliferação de entidades privadas de formação é também descrito em países como Afeganistão, Índia, Brasil, República Centro Africana, República Democrática do Congo, Haiti, Territórios Ocupados da Palestina e Somália em que a formação de profissionais de saúde é classificada como um negócio aparentemente lucrativo.²⁰ Segundo a mesma fonte, nestes países, e à semelhança do descrito na RGB, verificou-se uma pressão ascendente sobre a quantidade para expandir os números de RHS existentes e uma pressão descendente insignificante na qualidade da formação ministrada causada por uma regulamentação ausente.

Os autores consultados sublinham que a privatização não regulada dos centros de formação leva à proliferação de RHS que podem vir a integrar o setor público, à margem de algum planeamento que possa existir,²¹ aspeto descrito para a RGB. Verifica-se ainda na RGB o descrito para outros EF do continente africano em que interesses concorrentes nas relações dentro e entre o Ministério da Saúde, da Educação e instituições formadoras, conduzem inevitavelmente à fragmentação de esforços com impacto limitado na resposta à necessidade de produção de quadros da saúde.²⁵

A FM evidencia um outro modelo de negócio presente na RGB. Criada numa parceria com a cooperação cubana como resposta à fragilidade na formação de quadros médicos, nunca foi integralmente assumida em matérias de gestão e funcionamento pelo país. Aquela que deveria ter sido uma iniciativa de curto-prazo, um apoio ao desenvolvimento da formação de quadros médicos, tornou-se numa realidade aceite e quase inquestionável. Esta situação enquadra o descrito para EF: as respostas à crise, tais como enfoques verticais e de projetos, inicialmente previstos para intervir a curto prazo, tendem muitas vezes a tornar-se ‘culturais’, ficando enraizadas na forma de ser dos povos, para além das situações de fragilidade ou causando a continuidade das mesmas. Corrigir estas tendências implica uma atuação estratégica, uma vez que a resolução não é espontânea.²¹

O diagnóstico da situação de RHS em termos de planificação estratégica e de formação para a região Africana

está feito e a RGB enquadra-se no mesmo.²⁴ A OMS África, no âmbito do Quadro de Implementação da Estratégia Mundial dos Recursos Humanos da Saúde: Força de Trabalho 2030 deixa sugestões que deverão ser tidas em conta num processo de planeamento estratégico de RHS que se espera ocorra na RGB na sequência da implementação do PNDS III.

Importa sublinhar que uma das dificuldades sentidas ao longo do presente trabalho foi encontrar informação sistematizada e concordante, uma vez que os dados, entre eles os alusivos a formação de RHS não se encontraram rigorosamente compilados. A literatura consultada evidencia que a capacidade para recolher, analisar e utilizar as informações dos RHS na região Africana é fraca. A RGB enquadra o descrito para a Região no que se refere à disponibilidade limitada de informações sobre pessoal de saúde.²⁴

CONCLUSÃO

Com o presente estudo analisámos a formação de RHS na RGB de diferentes prismas, contemplando agentes de oferta formativa, contextualizando os processos de formação na história do país, na realidade vivida pelo mesmo e no enquadramento enquanto EF.

Sendo a Guiné-Bissau um dos países mais frágeis do mundo, enquadra o descrito para EF em matéria de formação em saúde: por um lado apresenta uma limitada capacidade formativa, não respondendo o sistema de formação às necessidades do país; por outro é marcada por falhas ao nível da liderança e governação com reflexo nos processos de formação desde a sua génese à sua consecução.

Verificamos que, embora exista a tentativa de planeamento da gestão de RHS, e nela da formação dos mesmos – concretamente através do PNDRHS –, assiste-se à limi-

tação da implementação das estratégias, seja por razões associadas à instabilidade política e institucional e suas consequências, seja por fatores de liderança, ou melhor, de ausência desta.

Esta situação levou à emergência de três modelos de negócio: comercialização do setor público; proliferação de um setor privado lucrativo e funcionando em roda livre; perenização de modelos de cooperação que perpetuam a dependência de iniciativas e recursos externos. Qualquer um destes modelos permite em parte responder às necessidades de formação do país, mas por outro lado negligenciam a qualidade e perpetuam dependências, agravando as fragilidades do Estado e do setor público.

PROTECÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados. Consentimento do doente obtido.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Educação da Guiné Bissau, UNICEF, UNESCO. Relatório do estado do sistema educativo para a reconstrução da escola da Guiné-Bissau sobre novas bases. Bissau: ME; 2015.
- Newbrander W, Waldman R, Shepherd-Banigan M. Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states. Disasters. 2011;35:639–60.
- Messner JJ, Haken N, Taft P, Blyth H, Maglo M, Fiertz C, et al. The Fragile States Index 2018. Washington: The Fund for Peace; 2018.
- Dussault G, Fronteira I. Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). Geneve: WHO; 2010.
- Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022 - PNDS III. Julho 2017. Bissau: MSP; 2017.
- Escritório Regional Africano da Organização Mundial de Saúde. Estratégia de Cooperação da OMS com os Países: Guiné-Bissau 2009-2013. Cape Town: WHO Africa; 2008.
- Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017. Bissau: MSP; 2007.
- Flick U. Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: Monitor; 2005.
- Marconi M, Lakatos E. Fundamentos de metodologia científica. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2007.
- Trad LAB. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. Physis Rev Saúde Coletiva. 2009;19:777–96.
- Gondim SM. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paid Ribeirão Preto. 2002;12:149–61.
- Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. Qual Res J. 2009;9:27–40.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
- Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde da Guiné-Bissau 2008-2017. Bissau: MSP; 2007.
- Instituto Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. Relatório de Actividades 2009-2014. Abril 2015. Bissau: INSP; 2015.
- Silva AP, Cardoso P, Neves C, Ferrinho, P. Função “recursos humanos” no sector da saúde da Guiné-Bissau. Ponto de situação e recomendações de acções e objectivos a integrar num segundo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2012. Bissau; 2008.
- Ferrinho P. Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020 - apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um roteiro para a sua revisão. Bissau; 2015.
- Direcção Geral da Administração do Sistema de Saúde, Direcção de Serviços de Recursos Humanos e Administração da Saúde. Apoio à Aceleração da Formação de Técnicos Médicos da Saúde Abril - Setembro de 2011 - Anexo 7 - 1º Relatório Referente a Abril de 2011. Bissau: DGASS; 2011.
- Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. World Bank, June 2016.
- Durham J, Pavignani E, Beesley M, Hill PS. Human resources for health in six healthcare arenas under stress: a qualitative study. Hum Resour

- Health. 2015;13:14.
21. Pavignani E, Colombo S. Analysing disrupted health sectors: a modular manual. Geneva: WHO; 2009.
 22. Pavignani E. Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries. *Disasters*. 2011;35:661–79.
 23. Russo G, Pavignani E, Guerreiro CS, Neves C. Can we halt health workforce deterioration in failed states? Insights from Guinea-Bissau on the nature, persistence and evolution of its HRH crisis. *Hum Resour Health*. 2017;15:12.
 24. Organização Mundial de Saúde - Escritório Regional para a África. Quadro da Região Africana para a Implementação da Estratégia Mundial dos Recursos Humanos da Saúde (Força de Trabalho 2030). Relatório do Secretariado da Sexagésima Sétima Sessão, Setembro 2017. Cape Town. WHO Africa; 2017.
 25. Organização Mundial de Saúde - Escritório Regional para a África. Roteiro para reforçar os Recursos Humanos para a Saúde com vista a melhorar a prestação de Serviços de Saúde na Região Africana 2012-2025. 2012. Cape Town. WHO Africa; 2012.